

## 3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

di Patrizio Armeni e Francesca Ferrè<sup>1</sup>

### 3.1 Premessa

Il capitolo illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale, i dati dei disavanzi regionali e le misure decise a livello centrale e dalle Regioni a parziale copertura degli stessi. I dati nazionali sono confrontati con quelli degli altri paesi UE (Unione Europea), inclusi alcuni dei paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel Maggio 2004, di altri paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone). Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria, si rimanda all'Allegato al cap.3 del Rapporto 2009 (Armeni, 2009). Per questo capitolo, i dati di spesa sanitaria pubblica sono tratti dal Rapporto Sanità della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) nella versione disponibile sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

### 3.2 I confronti internazionali

Il Database OCSE 2012 copre, per la maggior parte dei paesi, il periodo compreso tra il 1960 e il 2010, mentre i dati 2011 sono disponibili solo per un ristretto numero di variabili per alcuni paesi. In pochi casi, i dati 2010 sono ancora provvisori o incompleti.

Ai fini di una lettura più consapevole e critica dei dati di comparazione internazionale qui di seguito presentati, si osserva che:

- le grandezze monetarie sono state convertite in \$ PPA (Parità dei Poteri di Acquisto<sup>2</sup>), con riferimento al PIL. Le serie storiche così calcolate sono sog-

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 3.1, 3.3 e 3.4 sono da attribuirsi a Patrizio Armeni, e i §§ 3.2 e 3.5 sono da attribuirsi a Francesca Ferrè.

<sup>2</sup> Le PPA sono strumenti di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

gette a frequenti *reworking*; pertanto anche i valori di anni lontani potranno differire, pur se in misura non qualitativamente rilevante, rispetto a quelli riportati nei precedenti Rapporti. A tale proposito, si osserva che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (ed anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), che però non vengono aggiornate con frequenza annuale e non sono state, pertanto, utilizzate in questa sede;

- ▶ i valori per l'UE sono stati ottenuti come media ponderata dei valori di ciascun paese, con riferimento all'aggregato UE-15. Ad esempio, la spesa media sanitaria procapite UE è stata calcolata rapportando la spesa di tutti i quindici paesi UE (convertita in \$ PPA) alla popolazione complessiva dell'UE-15. I pesi di ciascun paese sono stati ribilanciati nel caso in cui i dati non fossero disponibili per tutti i 15 paesi. La media ponderata non è stata calcolata nel caso in cui i dati mancanti fossero relativi a più paesi di dimensioni importanti ovvero nel caso di mancanza di dati di un numero significativo di paesi, al fine di non alterare la serie storica della media, attribuendole variazioni dovute alla diversa composizione del campione e non esclusivamente a fenomeni interpretabili. Non sono stati inseriti nella media i nuovi paesi entrati nel Maggio 2004, in quanto le relative serie storiche risultano meno complete. Si è comunque ritenuto opportuno confrontare i dati di tali paesi con quelli dei 15 già presenti;
- ▶ per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa «privata» include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte del paziente. Per l'Italia, nella spesa sanitaria pubblica è compresa tutta la spesa delle aziende sanitarie e la spesa per la sanità sostenuta da altri enti pubblici, inclusa la spesa del Ministero della Salute<sup>3</sup>;
- ▶ mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da stime ottenute da indagini campionarie sui consumi delle famiglie, con conseguenti minori copertura e attendibilità;
- ▶ la spesa pubblica e quella privata comprendono le spese correnti e le spese per investimenti. Si sottolinea come la quota della spesa per investimenti risulti molto variabile da paese a paese: nell'UE-15, ad esempio, l'incidenza 2010 di tale spesa è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra il 6,5% dell'Olanda e il 3,4% dell'Irlanda<sup>4</sup>, e con riferimento alla sola spesa pubblica, tra il 5,4% della Finlandia e il 2,8% dell'Italia;

<sup>3</sup> L'aggregato di riferimento è denominato «Final consumption of general government» e comprende la spesa del governo centrale e dei governi regionali e locali.

<sup>4</sup> I dati 2010 sono incompleti. In particolare, non è stato utilizzato il valore del Belgio, che presenterebbe una spesa corrente pari al 100% della spesa sanitaria complessiva, in quanto segnalato come dato provvisorio.

- i dati di alcuni paesi non sono completi<sup>5</sup>;
- per l'Italia, i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali per effetto delle elaborazioni compiute dall'ISTAT (cfr. Armeni, 2009, Allegato), nonché, per i valori pro capite, in funzione della conversione in \$ PPA. Inoltre, i dati riportati nella Relazione sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) per l'Italia si riferiscono alla sola spesa corrente;
- il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (*Compound average growth rate*), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a:  $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$ .

La spesa sanitaria totale procapite in Italia nel 2010 (Tabella 3.1) risulta del 21%<sup>6</sup> circa inferiore al dato complessivo UE-15, come risultato di un tasso di crescita medio, tra il 1990 e il 2010, di 1,4 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici paesi. Il valore UE-15 è a sua volta più basso rispetto sia agli altri paesi europei a più alto reddito (Norvegia e Svizzera), sia a gran parte dei principali paesi extra-europei, con l'eccezione di Giappone e Australia (rispetto ai quali il confronto è fermo al 2009). In particolare, gli Stati Uniti mostrano il dato di gran lunga più elevato di spesa sanitaria procapite, pari a 8.233 \$ PPA, maggiore del 119% rispetto alla media dell'UE-15. Nei quattro nuovi paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa rispetto alla media UE-15 (in media -54%) e, rispetto al 2009, i quattro paesi mostrano anche una lievissima diminuzione nella spesa media sanitaria procapite (1.760 \$ PPA vs 1.742 \$ PPA). Il fenomeno di una più bassa spesa sanitaria è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche di questi paesi. Infatti, se si considera l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (Tabella 3.2), il differenziale tra nuovi e vecchi paesi UE si abbassa sensibilmente (incidenza media di 7,8% vs 10,7%), in quanto si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche del sistema-paese. Nondimeno, permangono differenze consistenti. In parte, queste differenze sono legate all'elevata elasticità rispetto al reddito della domanda di prestazioni sani-

<sup>5</sup> I dati della Germania antecedenti al 1992, e segnatamente il 1991, non sono stati utilizzati, in quanto non affidabili. Lo *split* della spesa sanitaria complessiva tra componente pubblica e privata non è disponibile per il 2008 in alcuni paesi (Danimarca, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Australia e Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte dal 1997. Il mix pubblico/privato della spesa sanitaria complessiva non è disponibile, oltre che per i paesi e gli anni sopra citati, per il Belgio nel periodo 1990-1994.

<sup>6</sup> Con riferimento a questo valore, si segnala che nel Rapporto OASI 2011, con i dati 2009, l'Italia risultava spendere il 19% in meno della media UE-15. L'apparente variazione significativa rispetto al dato fornito nel presente Rapporto è dovuta in gran parte all'effetto del *reworking* operato dall'OCSE sulla serie storica. Infatti, ricalcolando, sulla serie aggiornata, il dato 2009, la spesa totale italiana risulterebbe inferiore del 21% (e non del 19%) rispetto alla media europea. Inoltre, è da rilevare come Lussemburgo e Spagna non concorrono alla formazione della media UE-15 del 2010: il confronto internazionale sconta, peraltro, anche l'effetto di ribilanciamento della ponderazione dei paesi.

Tabella 3.1 **Spesa sanitaria totale procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var % media (1990-2010)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2010)
	UE(15)												
Austria	1.639	2.256	2.898	3.503	3.738	3.907	4.173	4.346	4.395	5,1%	6,6%	5,4%	4,6%
Belgio	1.355	1.713	2.246	3.247	3.278	3.423	3.698	3.911	3.969	5,5%	4,8%	6,7%	5,9%
Danimarca	1.542	1.869	2.507	3.243	3.577	3.766	4.056	4.385	4.464	5,5%	3,9%	7,5%	5,8%
Finlandia	1.363	1.477	1.853	2.589	2.765	2.909	3.162	3.271	3.251	4,4%	1,6%	5,9%	5,7%
Francia	1.444	2.099	2.545	3.294	3.484	3.667	3.750	3.930	3.974	5,2%	7,8%	5,3%	4,3%
Germania	1.798	2.276	2.678	3.362	3.567	3.722	3.967	4.225	4.338	4,5%	4,8%	4,3%	5,0%
Grecia	846	1.262	1.451	2.352	2.610	2.723	2.998	3.106	2.914	6,4%	8,3%	6,8%	5,8%
Irlanda	788	1.189	1.762	2.956	3.217	3.533	3.806	3.944	3.718	8,1%	8,6%	11,6%	6,8%
Italia	1.357	1.533	2.064	2.516	2.727	2.769	2.967	3.005	2.964	4,0%	2,5%	7,8%	3,2%
Lussemburgo	n.d.	1.908	3.269	4.152	4.606	4.493	4.445	4.786	n.d.	n.d.	n.d.	10,8%	n.d.
Olanda	1.414	1.796	2.340	3.450	3.702	4.410	4.728	4.886	5.056	6,6%	4,9%	7,3%	7,9%
Portogallo	628	1.015	1.654	2.212	2.304	2.419	2.548	2.697	2.728	7,6%	10,1%	11,0%	5,3%
Spagna	871	1.191	1.538	2.269	2.535	2.734	2.971	3.076	n.d.	n.d.	6,5%	n.d.	n.d.
Svezia	1.594	1.743	2.287	2.963	3.195	3.431	3.656	3.711	3.758	4,4%	1,8%	7,5%	4,6%
Regno Unito	960	1.348	1.834	2.700	2.961	3.030	3.143	3.379	3.433	6,6%	7,0%	8,2%	6,2%
<b>Totale UE (15)</b>	<b>1.307</b>	<b>1.735</b>	<b>2.194</b>	<b>2.916</b>	<b>3.133</b>	<b>3.290</b>	<b>3.481</b>	<b>3.650</b>	<b>3.765</b>	<b>5,4%</b>	<b>5,8%</b>	<b>6,2%</b>	<b>5,4%</b>
	UE (nuovi paesi)												
Repubblica Ceca	560	898	982	1.474	1.557	1.659	1.765	2.048	1.884	6,3%	9,9%	3,8%	6,4%
Ungheria	n.d.	659	853	1.434	1.511	1.453	1.525	1.559	1.601	n.d.	n.d.	8,0%	5,7%
Polonia	288	407	581	857	935	1.061	1.241	1.365	1.389	8,2%	7,1%	9,5%	9,0%
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	605	1.139	1.351	1.619	1.862	2.066	2.095	n.d.	n.d.	n.d.	13,6%
	Altri paesi europei												
Norvegia	1.367	1.860	3.043	4.301	4.612	4.884	5.246	5.348	5.388	7,1%	6,3%	11,9%	5,7%
Svizzera	2.030	2.565	3.222	4.015	4.252	4.570	4.933	5.135	5.270	4,9%	4,8%	6,0%	4,9%
	Altri paesi non europei												
Australia	1.194	1.607	2.267	2.980	3.164	3.351	3.452	3.670	n.d.	n.d.	n.d.	8,2%	n.d.
Canada	1.735	2.054	2.519	3.448	3.674	3.850	4.002	4.317	4.445	4,8%	3,4%	5,9%	5,6%
Giappone	1.115	1.554	1.974	2.491	2.607	2.746	2.878	3.035	n.d.	n.d.	6,9%	5,9%	n.d.
Stati Uniti	2.851	3.788	4.791	6.728	7.107	7.482	7.760	7.990	8.233	5,4%	5,9%	6,3%	5,4%

Nota: Il valore UE – 15 per il 2010 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per due paesi (Lussemburgo e Spagna).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2012)

Tabella 3.2 **Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>UE(15)</b>									
Austria	8,4	9,6	10,0	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,0
Belgio	7,2	7,6	8,1	10,1	9,6	9,6	10,0	10,7	10,5
Danimarca	8,3	8,1	8,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1
Finlandia	7,7	7,8	7,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	8,9
Francia	8,4	10,4	10,1	11,2	11,1	11,1	11,0	11,7	11,6
Germania	8,3	10,1	10,4	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6
Grecia	6,7	8,7	8,0	9,7	9,7	9,8	10,1	10,6	10,2
Irlanda	6,0	6,6	6,1	7,6	7,6	7,8	8,9	9,9	9,2
Italia	7,7	7,2	8,0	8,9	9,0	8,6	8,9	9,3	9,3
Lussemburgo	5,4	5,6	7,5	7,9	7,7	7,1	6,8	7,9	n.d.
Olanda	8,0	8,3	8,0	9,8	9,7	10,8	11,0	11,9	12,0
Portogallo	5,7	7,5	9,3	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,7
Spagna	6,5	7,4	7,2	8,3	8,3	8,5	9,0	9,6	n.d.
Svezia	8,2	8,0	8,2	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,6
Regno Unito	5,9	6,8	7,0	8,2	8,5	8,5	8,8	9,8	9,6
<b>Totale UE (15)</b>	<b>7,5</b>	<b>8,6</b>	<b>8,7</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>	<b>9,5</b>	<b>9,8</b>	<b>10,2</b>	<b>10,7</b>
<b>UE (nuovi paesi)</b>									
Repubblica Ceca	4,5	6,7	6,3	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,5
Ungheria	n.d.	7,3	7,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	7,8
Polonia	4,8	5,5	5,5	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	5,5	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0
<b>Altri paesi europei</b>									
Norvegia	7,6	7,9	8,4	9,0	8,6	8,7	8,6	9,8	9,4
Svizzera	8,2	9,6	10,2	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,4
<b>Altri paesi non europei</b>									
Australia	6,7	7,2	8,0	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1	n.d.
Canada	8,9	9,0	8,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4
Giappone	5,8	6,8	7,6	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	n.d.
Stati Uniti	12,4	13,7	13,7	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,6

Nota: Il valore UE – 15 per il 2010 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per due paesi (Lussemburgo e Spagna).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2012)

tarie: i paesi proporzionalmente più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai paesi più poveri e l'aumento della spesa sanitaria è, nel tempo, più che proporzionale rispetto a quello del reddito. Per un'altra parte, il dislivello è dovuto alla disponibilità, nei paesi più ricchi, di tecnologie più costose.

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000; 2005-2010)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var % media (1990-2010)	Var % media (1990-1995)	Var % media (1995-2001)	Var % media (2001-2010)
UE (15)													
Austria	1.123	1.585	2.080	2.521	2.725	2.841	3.061	3.173	3.210	5,4%	7,1%	5,8%	4,8%
Belgio	n.d.	1.315	1.675	2.463	2.413	2.506	2.763	2.976	3.000	n.d.	n.d.	6,3%	6,0%
Danimarca	1.245	1.490	1.991	2.594	2.858	3.020	3.271	3.565	3.636	5,5%	3,7%	7,4%	6,1%
Finlandia	1.041	1.011	1.259	1.857	1.951	2.044	2.233	2.317	2.293	4,0%	-0,6%	5,9%	6,1%
Francia	1.070	1.614	1.959	2.532	2.673	2.801	2.788	2.930	2.974	5,2%	8,6%	5,4%	4,0%
Germania	1.314	1.767	2.054	2.493	2.644	2.764	2.948	3.153	3.235	4,6%	6,1%	3,9%	4,7%
Grecia	437	643	852	1.395	1.597	1.622	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,0%	10,2%	n.d.
Irlanda	550	835	1.243	2.119	2.314	2.522	2.728	2.737	2.472	7,8%	8,7%	11,9%	6,0%
Italia	1.043	1.058	1.445	1.869	2.038	2.066	2.277	2.317	2.292	4,0%	0,3%	8,8%	4,0%
Lussemburgo	n.d.	n.d.	2.219	3.098	3.291	3.391	3.323	4.021	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Olanda	948	1.276	1.476	2.087	2.800	3.436	3.724	3.907	4.050	7,5%	6,1%	4,7%	10,8%
Portogallo	401	606	1.062	1.461	1.464	1.531	1.591	1.725	1.737	7,6%	8,6%	12,9%	5,1%
Spagna	655	835	1.064	1.538	1.730	1.875	2.072	2.190	n.d.	n.d.	5,0%	6,0%	n.d.
Svezia	1.179	1.439	1.862	2.318	2.503	2.681	2.845	2.889	2.887	4,6%	4,1%	6,3%	4,4%
Regno Unito	756	1.072	1.447	2.239	2.443	2.481	2.702	2.935	2.935	7,0%	7,2%	8,3%	7,0%
<b>Totale UE (15)</b>	<b>966</b>	<b>1.302</b>	<b>1.626</b>	<b>2.262</b>	<b>2.452</b>	<b>2.572</b>	<b>2.775</b>	<b>2.808</b>	<b>2.920</b>	<b>5,7%</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,0%</b>	<b>5,9%</b>
UE (nuovi paesi)													
Repubblica Ceca	472	714	837	1.235	1.303	1.358	1.413	1.654	1.529	6,1%	8,6%	5,4%	5,7%
Ungheria	n.d.	511	571	967	1.012	939	991	999	999	n.d.	n.d.	4,5%	5,2%
Polonia	n.d.	275	385	554	611	696	830	912	934	n.d.	n.d.	10,0%	8,7%
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	529	821	903	1.067	1.249	1.346	1.341	n.d.	n.d.	n.d.	9,7%
Altri paesi europei													
Norvegia	1.068	1.470	2.316	3.346	3.609	3.834	4.184	4.318	4.437	7,4%	6,6%	11,3%	6,6%
Svizzera	1.004	1.374	1.786	2.388	2.514	2.700	3.214	3.365	3.437	6,3%	6,5%	7,3%	6,5%
Altri paesi non europei													
Australia	750	1.016	1.460	1.921	2.030	2.192	2.255	2.422	n.d.	n.d.	6,3%	8,4%	n.d.
Canada	1.243	1.412	1.689	2.290	2.432	2.561	2.658	2.883	2.953	4,4%	2,6%	5,2%	5,5%
Giappone	n.d.	1.183	1.519	1.975	2.022	2.165	2.279	2.388	n.d.	n.d.	n.d.	6,4%	n.d.
Stati Uniti	1.085	1.663	2.010	2.915	3.141	3.316	3.495	3.705	3.890	6,6%	8,9%	5,9%	6,5%

Nota: Il valore UE – 15 per il 2010 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per tre paesi (Grecia, Lussemburgo e Spagna).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2012)

Anche con riferimento al peso della spesa sanitaria sul PIL spicca il dato degli Stati Uniti, in cui la spesa sanitaria rappresenta il 17,6% del prodotto interno lordo, anche a causa dell'elevata incidenza dei costi di transazione tipici del sistema assicurativo. In Italia, il peso della spesa sanitaria sul PIL è inferiore alla media UE-15 (9,3% vs 10,7%). Rispetto al 2009 si registra complessivamente nei paesi UE-15 una lieve aumento della spesa sanitaria sul PIL, in media 0,1 punti percentuali, anche se si registrano grandi differenze tra paesi. In particolare, Irlanda e Grecia mostrano una flessione nel trend di spesa sanitaria sul PIL, dovuta in gran parte ad una diminuzione della quota di spesa sanitaria totale. Tuttavia, l'apparente crescita di 0,1 punti percentuali è dovuta al fatto che nella media 2010 non sono presenti i dati di Olanda e Lussemburgo, paesi in cui il peso della spesa sanitaria sul PIL è inferiore alla media. Se confrontassimo i dati 2010 con i dati 2009 al netto del contributo dei suddetti paesi, risulterebbe una diminuzione media di 0,8 punti percentuali.

Con riferimento alla spesa pubblica procapite (Tabella 3.3), invece, l'Italia presentava al 2009 un dato inferiore del 17% circa rispetto al valore UE-15<sup>7</sup>, e nel 2010 tale differenza è cresciuta di 4 punti percentuali, a fronte di un lieve incremento della spesa sanitaria pubblica procapite per i paesi UE-15, passati da 2.808 \$ PPA a 2.920 \$ PPA, mentre in Italia la spesa è diminuita. Quest'ultimo valore è ancora provvisorio, in quanto per il 2010 mancano i dati di tre paesi (Grecia, Lussemburgo e Spagna). Rispetto alla stabilità della spesa sanitaria pubblica procapite tra il 2009 e il 2010, l'Irlanda è l'unico paese UE-15 che merita particolare attenzione, infatti la spesa pubblica procapite in un solo anno è diminuita del 10,7%, e rimane inferiore alla media UE-15 (-15%).

Osservando i tassi di crescita medi annui, emerge con chiarezza la suddivisione in periodi di espansione e di contenimento della spesa sanitaria pubblica. In particolare, per l'Italia, il tasso di variazione medio è più basso della media UE-15 nella prima metà degli anni '90 e nel quadriennio 2001-2005. Dal 1995 al 2001, anni di espansione della spesa sanitaria pubblica, il tasso di crescita medio in Italia è stato, invece, superiore a quello UE-15 (8,8% vs 6,0%), mentre negli ultimi 10 anni il tasso di crescita medio italiano è risultato inferiore rispetto alla media UE-15 (4,0% vs 5,9%) (Tabella 3.3). Attualmente, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Tabella 3.4) è in Italia inferiore (7,4% nel 2010) rispetto al valore UE-15 (8,2%) e stabile rispetto al 2009.

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tabella 3.5) dipende ovviamente dalle scelte sui modelli di sistema sanitario, dal livello di garanzia sostanziale

<sup>7</sup> Nel precedente Rapporto OASI tale valore era riportato pari al 15% per il 2009. La differenza è dovuta al completamento delle serie storiche per i paesi che non avevano ancora aggiornato il dato al 2009 e alle rielaborazioni che l'OCSE compie sulle serie storiche, in particolare a causa dell'aggiornamento dei valori di conversione in \$ PPA.

Tabella 3.4 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>UE (15)</b>									
Austria	6,1	7,0	7,6	7,8	7,7	7,8	8,0	8,6	8,4
Belgio	n.d.	5,8	6,1	7,7	7,1	7,0	7,5	8,1	8,0
Danimarca	6,9	6,7	7,3	8,3	8,4	8,4	8,6	9,7	9,5
Finlandia	6,3	5,6	5,1	6,4	6,2	6,0	6,2	6,9	6,6
Francia	6,4	8,3	8,0	8,8	8,7	8,7	8,4	9,0	9,0
Germania	6,3	8,2	8,3	8,3	8,1	8,0	8,2	9,0	8,9
Grecia	3,6	4,5	4,8	5,8	6,0	5,9	6,1	6,5	6,1
Irlanda	6,8	6,9	7,7	7,7	7,5	7,5	7,5	7,9	7,5
Italia	6,1	5,1	5,8	6,8	6,9	6,6	7,0	7,4	7,4
Lussemburgo	5,0	5,1	6,4	6,7	6,6	6,0	5,7	6,6	n.d.
Olanda	5,4	5,9	5,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	3,7	4,7	6,2	7,0	6,7	6,7	6,7	7,2	7,1
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,8	6,0	6,1	6,5	7,0	n.d.
Svezia	7,4	6,9	6,9	7,4	7,3	7,3	7,5	8,1	7,7
Regno Unito	4,9	5,7	5,5	6,7	6,9	6,9	7,2	8,2	8,0
<b>Totale UE (15)</b>	<b>5,7</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>7,1</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>	<b>8,2</b>
<b>UE (nuovi paesi)</b>									
Repubblica Ceca	4,4	6,1	5,7	6,1	5,8	5,6	5,6	6,7	6,3
Ungheria	n.d.	6,2	5,1	5,9	5,8	5,2	5,0	5,1	5,0
Polonia	4,4	4,0	3,9	4,3	4,3	4,5	4,9	5,2	5,0
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	4,9	5,2	5,0	5,2	5,4	6,0	5,8
<b>Altri paesi europei</b>									
Norvegia	6,3	6,6	6,9	7,5	7,2	7,4	7,2	8,3	8,1
Svizzera	4,3	5,1	5,6	6,7	6,4	6,3	7,0	7,5	7,4
<b>Altri paesi non europei</b>									
Australia	4,5	4,7	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,2	n.d.
Canada	6,6	6,4	6,2	6,9	7,0	7,1	7,2	8,1	8,1
Giappone	4,5	5,6	6,1	6,7	6,5	6,6	6,9	7,6	n.d.
Stati Uniti	4,9	6,2	5,9	7,0	7,2	7,3	7,6	8,4	8,5

Nota: Il valore UE – 15 per il 2010 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per tre paesi (Lussemburgo, Olanda e Spagna).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2012)

delle prestazioni da parte dei sistemi pubblici (ad esempio, tempi di attesa particolarmente elevati possono generare un maggiore ricorso a prestazioni a carico del paziente) e dalle politiche di contenimento della spesa (ad esempio, esclusione di prestazioni sanitarie dagli schemi assicurativi pubblici, aumento delle copartecipazioni alla spesa, riorganizzazione della rete di offerta). Tale copertura risulta più bassa negli Stati Uniti, dove i programmi pubblici di assistenza copro-



Tabella 3.5 **Copertura pubblica della spesa sanitaria (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>UE (15)</b>									
Austria	68,5	70,2	71,8	72,0	72,9	72,7	73,3	73,0	73,0
Belgio	n.d.	76,8	74,6	75,8	73,6	73,2	74,7	76,1	75,6
Danimarca	80,8	79,7	79,4	80,0	79,9	80,2	80,6	81,3	81,5
Finlandia	76,4	68,5	67,9	71,7	70,6	70,3	70,6	70,9	70,5
Francia	74,1	76,9	77,0	76,9	76,7	76,4	74,4	74,6	74,8
Germania	73,1	77,6	76,7	74,2	74,1	74,3	74,3	74,6	74,6
Grecia	51,7	51,0	58,7	59,3	61,2	59,6	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	69,8	70,2	70,5	71,7	71,9	71,4	71,7	69,4	66,5
Italia	76,9	69,0	70,0	74,3	74,7	74,6	76,7	77,1	77,4
Lussemburgo	n.d.	n.d.	67,9	74,6	71,5	75,5	74,8	84,0	n.d.
Olanda	67,1	71,0	63,1	60,5	75,6	77,9	78,8	80,0	80,1
Portogallo	63,8	59,6	64,2	66,0	63,5	63,3	62,4	64,0	63,7
Spagna	75,2	70,1	69,2	67,8	68,2	68,6	69,8	71,2	n.d.
Svezia	74,0	82,6	81,4	78,2	78,3	78,1	77,8	77,8	76,8
Regno Unito	78,7	79,5	78,9	82,9	82,5	81,9	86,0	86,8	85,5
<b>Totale UE (15)</b>	<b>73,9</b>	<b>75,1</b>	<b>74,1</b>	<b>77,6</b>	<b>78,3</b>	<b>78,2</b>	<b>79,7</b>	<b>76,9</b>	<b>77,5</b>
<b>UE (nuovi paesi)</b>									
Repubblica Ceca	84,3	79,5	85,3	83,7	83,7	81,9	80,1	80,8	81,2
Ungheria	n.d.	77,5	67,0	67,4	66,9	64,6	65,0	64,1	62,4
Polonia	n.d.	67,5	66,3	64,7	65,4	65,6	66,9	66,8	67,3
Rep. Slovacca	n.d.	n.d.	87,3	72,1	66,9	65,9	67,1	65,1	64,0
<b>Altri paesi europei</b>									
Norvegia	78,1	79,0	76,1	77,8	78,3	78,5	79,8	80,7	82,4
Svizzera	49,5	53,6	55,4	59,5	59,1	59,1	65,2	65,5	65,2
<b>Altri paesi non europei</b>									
Australia	62,8	63,2	64,4	64,5	64,2	65,4	65,3	66,0	n.d.
Canada	71,7	68,8	67,1	66,4	66,2	66,5	66,4	66,8	66,4
Giappone	n.d.	76,1	77,0	79,3	77,6	78,8	79,2	78,7	n.d.
Stati Uniti	38,1	43,9	42,0	43,3	44,2	44,3	45,0	46,4	47,2

Nota: Il valore UE – 15 per il 2010 è stato calcolato ricalibrando la ponderazione, al fine di tenere conto dell'indisponibilità di dati per tre paesi (Grecia, Lussemburgo e Spagna).

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2012)

no una parte limitata della popolazione<sup>8</sup>, nei sistemi misti pubblico-privato (è il caso della Svizzera) e in quelli dove, pur esistendo un sistema pubblico, la componente privata è rilevante per effetto di una forte presenza del privato sul lato dell'offerta (ad esempio, il Portogallo). Si può notare come in quasi tutti i paesi

<sup>8</sup> Peraltro, la copertura pubblica risulta in lenta ma costante crescita anche negli Stati Uniti e tale incremento dovrebbe accentuarsi con l'implementazione della riforma Obama.

Tabella 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000; 2005-2010)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>UE (15)</b>									
Austria	n.d.	13,9	16,1	15,3	15,4	15,5	15,7	15,6	15,5
Belgio	10,1	11,7	12,8	13,6	14,2	14,4	14,8	14,8	14,9
Danimarca	12,0	10,9	12,3	13,6	14,1	14,7	14,9	15,1	14,6
Finlandia	12,0	10,1	11,9	13,6	14,0	14,0	14,2	14,2	14,2
Francia	n.d.	13,1	13,6	14,5	14,6	14,5	14,3	14,2	14,1
Germania	n.d.	11,4	14,7	14,3	14,6	15,0	15,1	15,3	15,0
Grecia	n.d.	n.d.	8,4	13,2	14,5	13,8	15,1	14,7	14,9
Irlanda	12,2	14,3	17,8	19,7	19,3	19,0	18,1	18,1	12,8
Italia	11,7	10,3	13,0	14,5	14,6	14,3	14,8	14,6	15,1
Lussemburgo	11,1	12,4	10,9	12,5	12,0	12,2	12,0	11,9	11,6
Olanda	n.d.	8,9	11,2	12,8	15,8	16,1	15,8	15,9	16,3
Portogallo	n.d.	13,1	15,1	15,7	15,1	14,9	14,7	14,7	13,6
Spagna	n.d.	12,0	13,3	14,8	14,7	14,6	14,6	14,7	14,3
Svezia	n.d.	9,6	11,0	12,5	12,6	13,0	13,3	13,4	13,5
Regno Unito	n.d.	n.d.	15,4	15,7	16,1	16,1	15,7	16,4	16,3
<b>Totale UE (15)</b>	<b>n.d.</b>	<b>11,5</b>	<b>13,8</b>	<b>14,6</b>	<b>14,9</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>	<b>15,1</b>	<b>15,0</b>
<b>UE (nuovi paesi)</b>									
Repubblica Ceca	n.d.	12,2	16,2	16,0	16,4	16,7	16,8	17,2	17,8
Ungheria	n.d.	10,4	10,4	11,2	10,8	9,8	10,0	9,9	10,4
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	10,2	10,6	10,8	11,7	11,5	11,0
Rep. Slovacca	n.d.	10,5	10,0	12,8	16,0	18,7	19,9	18,8	16,0
<b>Altri paesi europei</b>									
Norvegia	12,6	13,6	16,3	17,3	17,1	17,2	16,7	16,4	16,5
Svizzera	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Altri paesi non europei</b>									
Australia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	12,8	12,7	14,4	18,4	18,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Giappone	n.d.	n.d.	n.d.	16,2	16,3	16,5	16,4	16,3	17,0
Stati Uniti	14,0	18,0	18,2	20,3	20,8	20,7	20,5	20,5	21,1

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2012)

UE-15 l'incidenza della spesa pubblica sul PIL tra il 2009 e il 2010 sia cresciuta (76,9 vs 77,5) sebbene i livelli siano inferiori rispetto al periodo 2006-2008. Riduzioni significative, invece, sono osservabili nei nuovi paesi UE, per effetto dell'aumento marcato della spesa privata, soprattutto nella prima metà degli anni '90. Nel 2008 questa tendenza aveva subito una temporanea inversione, per riprendere nel 2009 e ancora nel 2010 (Ungheria e Repubblica Slovacca). In generale, comunque, tali misure non hanno, al momento, intaccato la natura «solidaristica» della maggior parte dei sistemi sanitari. Con specifico riferimento

all'Italia, la copertura pubblica della spesa sanitaria risulta allineata rispetto alla media dei paesi UE-15 (77,5), ma inferiore a quella di alcuni paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN – Servizio Sanitario Nazionale), quali Regno Unito e paesi Scandinavi.

Per quanto il settore sanitario abbia rappresentato uno dei principali target per il contenimento della spesa pubblica, l'incidenza della spesa sanitaria su quest'ultima è rimasta complessivamente pari al 15%, come negli ultimi cinque anni (Tabella 3.6): nei 15 paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,5% del 1995 al 15% del 2010<sup>9</sup>. L'Italia, per il 2010, mostra un valore leggermente superiore alla media UE su tale indicatore, registrando una crescita di 0,5 punti percentuali rispetto allo scorso anno. Una drastica diminuzione del peso della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva si registra in Irlanda, passata da un'incidenza del 18,1% a 12,8% in un solo anno.

### 3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 6 aprile 2012 (flusso del 4° trimestre 2011<sup>10</sup>), la spesa sanitaria corrente a carico del SSN<sup>11</sup> ha subito nel 2011 una crescita dell'1,3% rispetto al 2010, in linea con l'incremento registrato l'anno precedente, pari all'1,1% (Tabella 3.7). Il rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni è particolarmente evidente nel 2011 se al dato di spesa complessiva si sottraggono gli ammortamenti (1,494 miliardi di euro), che erano stati esclusi negli esercizi precedenti. Riportando i dati a coerenza di voci spesa, l'incremento nel 2011 è stato pari allo 0,056% rispetto al 2010. Per la quinta volta dal 1995, e per il secondo anno consecutivo, il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica è risultato inferiore al tasso di crescita del PIL. Questo dato conferma come la sanità sia uno dei settori più interessati da politiche di contenimento dei costi. Ad ulteriore conferma, è interessante notare come dal 2001 al 2011 il tasso di crescita medio annuo della spesa corrente pubblica sia stato del 3,7%, a fronte dell'8,1% rilevato nel periodo 1995-2001.

<sup>9</sup> Dall'edizione 2011, il database OECD Health Data non riporta più la serie storica «spesa sanitaria pubblica su spesa pubblica complessiva». Questa serie è stata, pertanto, ricalcolata con i dati di spesa pubblica complessiva e di spesa pubblica per la salute (sempre fonte OCSE, database delle variabili macroeconomiche).

<sup>10</sup> Per il 2008 e il 2009 i dati sono aggiornati rispettivamente alla data del 23 agosto 2011 e del 18 agosto 2011, mentre per il 2010, l'ultimo aggiornamento è dell'11 aprile 2012.

<sup>11</sup> Regioni, Province Autonome e altri enti, ovvero: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'art. 17, comma 5, del DL 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla L. 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti. Per questi enti la spesa ammonta, nel 2011 a 0,641 miliardi di euro, in crescita del 13,9% rispetto al 2010.

**Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990; 1995; 2000; 2005-2011) (milioni di Euro)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Tasso crescita medio '90/'11	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'11
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	96.797	99.615	103.805	107.141	110.160	111.333	112.889	4,9%	3,3%	8,1%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	2,9%	4,2%	3,2%	2,8%	1,1%	1,4%			
% sulla spesa sanitaria corrente tot.	82,6%	73,8%	74,2%	79,5%	79,4%	79,8%	79,7%	80,0%	79,7%	80,1%			
- % sul PIL	5,9%	5,1%	5,9%	6,9%	6,8%	6,8%	7,0%	7,4%	7,2%	7,2%			
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	91.062	95.131	100.095	103.483	106.795	109.127	111.110	5,7%	6,6%	7,5%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	7,4%	4,5%	5,2%	3,4%	3,2%	2,2%	1,8%			4,2%
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-5.735	-4.483	-3.709	-3.658	-3.364	-2.206	-1.779			
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-6,3%	-4,7%	-3,7%	-3,5%	-3,2%	-2,0%	-1,6%			
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	24.997	25.835	26.202	27.232	27.483	28.306	28.021	5,7%	14,7%	5,3%
- variazione %	-	13,0%	2,7%	0,3%	3,4%	1,4%	3,9%	0,9%	3,0%	-1,0%			1,7%
- % sulla spesa sanitaria corrente tot.	17,4%	26,2%	25,8%	20,5%	20,6%	20,2%	20,3%	20,0%	20,3%	19,9%			
<b>Totale spesa sanitaria corrente</b>	<b>50.173</b>	<b>66.051</b>	<b>94.546</b>	<b>121.793</b>	<b>125.449</b>	<b>130.007</b>	<b>134.373</b>	<b>137.643</b>	<b>139.638</b>	<b>140.910</b>	<b>5,0%</b>	<b>5,7%</b>	<b>7,4%</b>
- variazione %	-	2,7%	8,8%	4,9%	3,0%	3,6%	3,4%	2,4%	1,4%	0,9%			
- % sul PIL	7,2%	7,0%	7,9%	8,6%	8,5%	8,6%	8,7%	9,2%	9,0%	9,0%			
PIL	701.352	947.339	1.191.057	1.410.745	1.467.964	1.518.160	1.536.229	1.488.599	1.547.117	1.559.862	3,9%	6,2%	4,7%
- variazione %	-	7,9%	5,7%	1,4%	4,1%	3,4%	1,2%	-3,1%	3,9%	0,8%			2,3%

\*ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e dell'intramoenia.

**Note:**

- Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS): di consuntivo per gli anni fino al 2010; al IV trimestre per l'anno 2011 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 6 aprile 2012).
- Per Spesa SSN (corrente) si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari. Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sorvato Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedalità accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti, considerati, invece per il 2011.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti (vedi nota 13).
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse le risorse aggiuntive stanziolate dalle Regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie, mentre per il solo 2011 sono considerati i costi capitalizzati.
- L'ammontare complessivo della spesa per il 4° trimestre 2011 non può ritenersi definitivo, dal momento che, con specifico riferimento alle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro, è in corso l'attività di verifica della contabilizzazione delle informazioni trasmesse al NSIS, la cui conclusione potrebbe essere posteriore alla data di aggiornamento della RSGEP. Inoltre, il Ministero rileva come anche per i dati del 2010, la consuntivazione definitiva possa apportare modifiche alle cifre attualmente divulgate, a causa di attività di consolidamento e di verifica non ancora concluse.
- I dati relativi alla spesa sanitaria privata corrente e al PIL sono di fonte ISTAT.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) e ISTAT (2012)

La spesa sanitaria privata corrente mostra invece una diminuzione dell'1% rispetto al 2010. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra tra il 2003 e il 2009 un aumento contenuto, sistematicamente inferiore alla spesa pubblica e con tendenza decrescente. Nel 2010 la spesa privata corrente era cresciuta del 3%, ovvero più del triplo rispetto alla spesa pubblica corrente (Armeni, 2011), mentre nell'ultimo anno è diminuita dell'1%, registrando un dato in controtendenza rispetto alla sostanziale stasi della spesa pubblica corrente (al netto degli ammortamenti).

Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica<sup>12</sup> + privata) ha superato, nel 2011, i 140 miliardi di Euro (pari al 9% del PIL), con un incremento dello 0,9% rispetto al 2010 ed una crescita media del 3,3 % tra il 2001 e il 2011.

A fronte della spesa pubblica, i ricavi netti complessivi del SSN (vedi *infra* § 3.3.1) nel 2011 sono stati pari a 111,110 miliardi di euro, in aumento dell'1,8% rispetto al 2010. L'incremento è in parte dovuto all'inclusione di costi capitalizzati, pari a 1,067 miliardi di euro, senza i quali l'incremento netto sarebbe pari allo 0,8%. Il disavanzo pubblico, infine, si attesta nel 2011 a 1,78 miliardi di euro, in calo del 19% rispetto al 2010. Nel § 3.5 vengono analizzate in dettaglio le misure di copertura attualmente adottate dalle Regioni.

### 3.3.1 Il finanziamento del SSN

Per «finanziamento del SSN» si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del SSN, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questo secondo concetto di finanziamento che viene calcolato il disavanzo. Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge Finanziaria, di Patto per la Salute e nel disposto di altri provvedimenti contenenti modifiche alle assegnazioni per la sanità, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle province autonome, stanziato a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati;

<sup>12</sup> Al lordo degli ammortamenti.

- eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- maggiori ricavi e entrate proprie.

Infine, è da rilevare che, nei dati riportati nella RGSEP, non vengono aggregati tutti i valori di ricavo così come risultanti dai modelli CE presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). In particolare, in luogo dei contributi in conto esercizio, rappresentati dalla quota del FSR che ciascuna Regione e Provincia Autonoma attribuisce alle proprie Aziende sanitarie, la RGSEP considera le quote di finanziamento assegnate con delibera CIPE a ciascuna Regione e Provincia Autonoma per l'anno di competenza. A livello contabile, tale correzione si rende necessaria anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle suddette voci di bilancio adottati da ciascuna Regione e Provincia Autonoma, al fine di annullare le disomogeneità e di uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo<sup>13</sup>.

#### *Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato*

Per l'anno 2011, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del SSN, è stato definito in 106,453 miliardi di euro. Alla definizione di tale finanziamento hanno concorso diverse disposizioni normative, di seguito brevemente richiamate. Il valore iniziale, pari a 106,934 miliardi di euro<sup>14</sup>, è stato fissato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 dicembre 2009. A questo importo si aggiungono:

- 167,8 milioni di euro per la sanità penitenziaria, come previsto dall'art 2, c.6 della L. 244/2007;
- 419 milioni di euro per la copertura delle risorse aggiuntive al livello del finanziamento del SSN a carico del bilancio dello Stato per l'anno 2011 (art. 2, comma 67, della L.191/2009, attuativa del Patto per la Salute 2010-2012).

A questo importo, pari a 107,521 miliardi di euro, sono stati sottratti:

- 418 milioni di euro, per le economie realizzabili in materia di contrattazione collettiva nazionale del personale del comparto SSN (art. 9, comma 16 del DL 78/2010, convertito dalla L. 122/2010);

<sup>13</sup> La correzione non riguarda la quota di contributi finanziati con risorse proprie regionali.

<sup>14</sup> Il valore iniziale del finanziamento è comprensivo delle somme integrative di cui agli articoli 69 e 79 del DL 112/2008 e all'articolo 1-ter della L.102/2009, comprensivi della riattribuzione dell'importo di 800 milioni di euro di cui all'articolo 22, comma 2 del DL 78/2009 e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22, comma 6 del DL 78/2009 e non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria, di cui all'articolo 2, comma 283, della L. 244/2007.

- 600 milioni di euro per le economie realizzabili nella spesa farmaceutica (L. 122/2010);
- 50 milioni di euro da erogare direttamente all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

In merito alla destinazione di tale finanziamento, lo stanziamento di 106,453 miliardi di euro è diviso in quattro componenti:

1. Finanziamento indistinto: 103,294 miliardi di euro. Questo valore, ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale e gli stanziamenti vincolati (di cui sotto), è destinato alla copertura del fabbisogno c.d. indistinto, genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. Finanziamento finalizzato: 669 milioni di euro così suddivisi:
  - a. 69 milioni di euro per il rinnovo delle convenzioni con il SSN (L. 133/2008);
  - b. 400 milioni di euro per la copertura dell'abolizione dei ticket sulla specialistica ambulatoriale (L. 133/2008);
  - c. 200 milioni di euro per la sanatoria colf e badanti (L. 102/2009);
3. Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e PP.AA.: 1.848,88 milioni di euro così suddivisi:
  - a. 1.477,36 milioni di euro per obiettivi di piano (L. 662/1996 e L. 133/2008);
  - b. 174,64 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria (D.lgs. 230/1999 e L. 244/2007);
  - c. 49,07 milioni di euro per AIDS (L. 135/1990);
  - d. 40 milioni di euro per veterinaria (L. 218/1988);
  - e. 38,74 milioni di euro per borse di studio ai medici di medicina generale (L. 109/1988);
  - f. 30,99 milioni di euro per assistenza a extracomunitari e irregolari (L. 40/1998);
  - g. 30,15 milioni di euro per fondo di esclusività (L. 488/1999);
  - h. 4,39 milioni di euro per prevenzione e cura della fibrosi cistica (L. 362/1998);
  - i. 3,55 milioni di euro per le provvidenze economiche degli Hanseniani (L. 31/1986);
4. Finanziamento vincolato per altri enti: 640,513 milioni di euro ripartiti come segue:
  - a. 251 milioni di euro per il finanziamento agli istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) (D.lgs. 270/1993, L. 350/2003, L. 266/2005, L. 244/2007);
  - b. 173,01 milioni di euro per le borse di studio agli specializzandi (D.lgs. 257/1991);
  - c. 142 milioni di euro per il finanziamento alla Croce Rossa Italiana (CRI);
  - d. 70 milioni di euro, come accantonamenti in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale in materia di visite fiscali;



- e. 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate dei mutui accesi presso la Cassa DD.PP. (L. 456/1987);
- f. 2 milioni di euro per il Centro Nazionale Trapianti (L. 166/2009).

### *I ricavi del SSN*

Le risorse destinate al finanziamento del SSN (inteso come ricavi) per l'anno 2011, al netto dei ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia, che sono stati portati in detrazione a livello di spesa (Tabella 3.7), ammontano complessivamente a 111,110 miliardi di euro, di cui 110.469 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province Autonome e 0,641 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato<sup>15</sup>. Tali valori includono le risorse proprie regionali, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati. Inoltre, per il solo anno 2011 tale importo comprende anche i costi capitalizzati (1,067 miliardi di euro). Quest'ultima voce fa riferimento al valore pro-quota delle risorse stanziare per il finanziamento dell'acquisto di beni di investimento in relazione alla durata dell'ammortamento. Nel 2011, il rapporto tra ricavi netti del SSN e PIL si attesta al 7,0 %, valore in linea rispetto ai due anni precedenti. L'incremento percentuale rispetto al 2010 è del 1,8%, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.803 euro.

Le voci che concorrono alla definizione dei ricavi complessivamente a disposizione del SSN nel 2011 sono:

- IRAP e addizionale regionale IRPEF: 38,134<sup>16</sup> miliardi di euro (+3,4% rispetto al 2010, anno in cui, tuttavia, tale importo era diminuito del 6% rispetto al 2009);
- Fondo per fabbisogno sanitario ex D. Lgs. 56/2000 (Federalismo fiscale: Iva e Accise): 53,803<sup>17</sup> miliardi di euro (+0,6% rispetto al 2010, anno in cui, tuttavia, tale importo era aumentato dell'8,7% rispetto al 2009);
- Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da privati: rispettivamente 10,401 miliardi di euro e 0,068 miliardi di euro (variazione complessiva -4,7% rispetto al 2010)<sup>18</sup>;

<sup>15</sup> Vedi nota 13.

<sup>16</sup> Stima del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

<sup>17</sup> Per il Lazio l'importo non comprende la quota del concorso da parte dello Stato per il finanziamento delle prestazioni dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù che, in considerazione di quanto previsto dall'art. 22, c. 6, del DL 78/2009 convertito nella L. 102/2009, deve essere direttamente erogato a detto Ospedale.

<sup>18</sup> Nei trasferimenti dal settore pubblico sono contabilizzate le quote di partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome, le quali devono intendersi a copertura integrale del fabbisogno, fatta eccezione per la Sicilia, la cui quota di partecipazione per l'anno 2011 è fissata nella misura del 49,11%.



- Ricavi ed entrate proprie varie: 2,995<sup>19</sup> miliardi di euro (sostanzialmente invariati rispetto al 2010);
- Fondo Sanitario Nazionale<sup>20</sup> e quote vincolate<sup>21</sup> a carico dello Stato per le Regioni e le Province Autonome: 4,002 miliardi di euro (–5% rispetto al 2010);
- Costi capitalizzati: 1,067 miliardi di euro (vedi *supra*);
- Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici<sup>22</sup>: 0,641 miliardi di euro (+13,9% rispetto al 2010). L'incremento è dovuto in massima parte a 70 milioni di euro accantonati per la copertura degli oneri connessi agli accertamenti medico-legali disposti dalle Amministrazioni Pubbliche per i dipendenti pubblici assenti dal servizio per malattia.

Come discusso più avanti (§ 3.5, Tabella 3.16 e Tabella 3.17), considerando il periodo 2001-2011, il disavanzo complessivo cumulato ammonta a 40,061 miliardi di euro e la quota lasciata a carico delle Regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello Stato a parziale copertura dello stesso) è pari a 30,493 miliardi di euro, corrispondenti al 76,1% del disavanzo cumulato.

### 3.3.2 La spesa del SSN

La lettura storica del peso della spesa sanitaria sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità, con particolare riferimento alle azioni di contenimento (Figura 3.1). Innanzi tutto, l'andamento particolarmente contrastato della serie spesa sanitaria/PIL si contrappone alla crescita regolare del PIL, segnalando che la dinamica della spesa sanitaria è influenzata da elementi, come le politiche pubbliche, in grado di indirizzarne l'evoluzione<sup>23</sup>. La prima fase dell'azionalizzazione (1992-1995) è accompagnata da una forte riduzione della spesa, complessivamente pari a circa 1 punto percentuale di PIL, con trend di diminuzione omogeneo nei tre anni. Il periodo 1995-2001, invece, è stato caratterizzato da politiche sanitarie meno direttamente legate a tagli lineari sulla spesa e volte maggiormente al governo degli attori del sistema (ad esempio, l'introduzione dei meccanismi d'indirizzo prescrittivo per i medici). Il risultato è stato

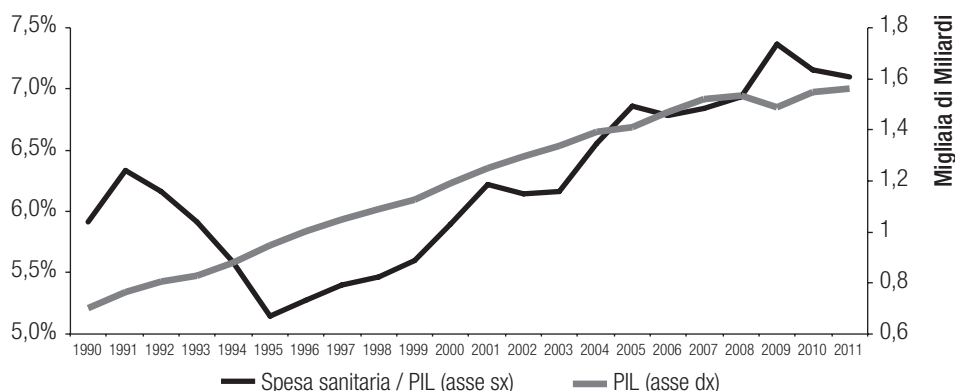
<sup>19</sup> Compresi i ticket.

<sup>20</sup> Abolito con D.lgs. 56/2000. Dal 2007 i trasferimenti a titolo di Fondo Sanitario Nazionale rimangono in essere per la sola Regione Sicilia.

<sup>21</sup> Fondi vincolati da norme speciali per il finanziamento di spese sanitarie inerenti l'esecuzione di particolari attività ed il raggiungimento di specifici obiettivi (tra cui, principalmente: assistenza e formazione per l'AIDS, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore dell'assistenza veterinaria, assistenza agli Hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN, medicina penitenziaria).

<sup>22</sup> Vedi nota 18.

<sup>23</sup> Cfr. nota 25 al capitolo 3, Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

Figura 3.1 **PIL e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (1990-2011)**

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) e ISTAT (2012)

un graduale e costante aumento della spesa<sup>24</sup>, fino al 2001, quando l'avvio del processo di regionalizzazione e la responsabilizzazione delle Regioni sul disavanzo ha riportato l'attenzione dei programmatori sanitari sulle variabili di spesa. Tuttavia, il trend, a partire dal 2001, è decisamente meno regolare che in passato, in gran parte per effetto della politica sanitaria differenziata nelle 21 Regioni e Province Autonome. Nel biennio 2008-2009, il peso della spesa sanitaria sul PIL ha risentito del rallentamento della crescita macroeconomica, particolarmente evidente tra il 2008 e 2009, anno in cui il rapporto ha raggiunto il picco del 7,3% pur con una crescita annuale della spesa contenuta (+2,8%). Nell'ultimo biennio, infine, la spesa ha subito un ulteriore rallentamento, indotto anche dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. In particolare, al netto degli ammortamenti, nel 2011 la spesa è rimasta sostanzialmente invariata (+0,06%), e il suo peso sul PIL è fermo al 7,2%, un valore pari a quello dell'anno precedente a causa della parallela stasi del PIL, cresciuto in misura dello 0,8% nel 2011 (Tabella 3.7). Alla base della variazione contenuta della spesa vi sono principalmente le manovre di contenimento attivate nel corso dell'anno. Ad esempio, a livello nazionale, a decorrere dal 2010 è attivo il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro e, per il 2011 sono stati previsti diversi interventi in materia di farmaci. A livello regionale – in particolar modo nelle Regioni in piano di rientro – le misure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell'assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l'introduzione di budget e tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta.

<sup>24</sup> Cfr. nota 26 al capitolo 3 del Rapporto OASI 2011 (Armeni, 2011).

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), la Tabella 3.8 mostra come il comparto della sanità assorba una quota di spesa del 24,9%, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (67,2%). L'andamento tendenziale degli ultimi 10 anni evidenzia come la spesa per la sanità sia cresciuta mediamente in modo minore (CAGR +4%) rispetto alla spesa per assistenza e previdenza (CAGR +5,5% e +4,1%, rispettivamente). Interessante anche l'andamento della spesa per assistenza, che nel 2009 era cresciuta del 11,3%<sup>25</sup>, prevalentemente a causa della trasmissione al settore dell'economia reale degli effetti della crisi finanziaria. Nel biennio successivo, la spesa per assistenza, invece, segna due diminuzioni successive, pari al -2,8% nel 2010 e a -0,8% nel 2011, malgrado lo stento della ripresa economica<sup>26</sup>. Complessivamente, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta nel 2011 dell'1,4%, il valore più basso della serie storica (anno iniziale, 1990).

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classificazione «economica»,<sup>27</sup> ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di ricovero nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera a carico del SSN in Italia. Tuttavia, nel 2010, la «Relazione sul rendiconto generale dello Stato» della Corte dei Conti ha pubblicato una classificazione delle voci di Conto Economico, basate su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'Istat, dalla quale è possibile ricostruire, pur con un certo grado di approssimazione, il peso complessivo dell'assistenza ospedaliera a carico SSN sulla spesa sanitaria pubblica complessiva. In particolare, l'assistenza ospedaliera erogata in strutture pubbliche rappresentava circa il 44% delle uscite correnti, mentre la spesa per assistenza in case di cura private, circa l'8%. L'assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata rappresentava nel 2010, pertanto, il 52% delle uscite correnti, e non si evidenziavano particolari variazioni dal 2006.

Un ulteriore elemento di attenzione da sottolineare ai fini della lettura storica dei dati di spesa è l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale. In particolare, a partire dal 2000, vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravve-

<sup>25</sup> Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulla differenza tra i dati della Tabella 3.9 e della Tabella 3.7), si rimanda all'Allegato contenuto nel Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009).

<sup>26</sup> La diminuzione della spesa per assistenza, unita ripresa alla mancata crescita, è un dato preoccupante perché potrebbe segnalare l'affievolimento delle misure tutelari per i cittadini in temporanee condizioni di difficoltà.

<sup>27</sup> È importante rilevare che, a partire dall'anno 2008, i conti del SSN sono effettuati attraverso un nuovo modello di Conto Economico (CE) molto più analitico del precedente. Attraverso il nuovo modello, oltre ad essere più agevole il consolidamento a livello regionale e – successivamente – a livello nazionale, è possibile isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo.

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005-2011)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Tasso crescita medio '90/'11	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'11
Sanità													
Spesa (milioni Euro)	38.790	44.642	63.781	89.962	94.800	94.769	101.102	102.644	104.932	104.186	4,8%	2,9%	7,9%
% sul totale	26,5%	22,1%	24,2%	26,6%	26,8%	25,9%	26,2%	25,5%	25,5%	24,9%			
Var. %	-	-1,0%	12,5%	6,6%	5,4%	0,0%	6,7%	1,5%	2,2%	-0,7%			
Previdenza													
Spesa (milioni Euro)	96.413	142.200	182.314	222.917	231.185	242.209	254.087	265.676	274.122	280.761	5,2%	8,1%	4,8%
% sul totale	65,7%	70,3%	69,1%	65,8%	65,4%	66,2%	65,9%	66,0%	66,5%	67,2%			
Var. %	-	4,9%	2,7%	3,3%	3,7%	4,8%	4,9%	4,6%	3,2%	2,4%			
Assistenza													
Spesa (milioni Euro)	11.447	15.473	17.802	25.689	27.618	29.090	30.611	34.113	33.152	32.886	5,2%	6,2%	3,7%
% sul totale	7,8%	7,6%	6,7%	7,6%	7,8%	7,9%	7,9%	8,5%	8,0%	7,9%			
Var. %	-	1,9%	5,9%	2,3%	7,5%	5,3%	5,2%	11,4%	-2,8%	-0,8%			
<b>Totale</b>	<b>146.650</b>	<b>202.315</b>	<b>263.897</b>	<b>338.568</b>	<b>353.603</b>	<b>366.068</b>	<b>385.800</b>	<b>402.433</b>	<b>412.206</b>	<b>417.833</b>	<b>5,1%</b>	<b>6,6%</b>	<b>4,2%</b>
Var. %	-	3,3%	5,2%	4,1%	4,4%	3,5%	5,4%	4,3%	2,4%	1,4%			
PIL	701.352	947.339	1.191.057	1.410.745	1.467.964	1.518.160	1.536.229	1.488.599	1.547.117	1.559.862	3,9%	6,2%	4,7%
- variazione %	-	7,9%	5,7%	1,4%	4,1%	3,4%	1,2%	-3,1%	3,9%	0,8%			

Fonte: ISTAT (2012)

nienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo e – dal 2011 – ammortamenti. Tra tali voci, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante<sup>28</sup>. Gli accantonamenti rappresentano l'imputazione a bilancio di poste che certamente (per i fondi spese future) o probabilmente (per i fondi rischi) avranno la loro manifestazione finanziaria in esercizi successivi, ma che sono di competenza economica dell'esercizio in corso. Tali accantonamenti hanno riguardato negli ultimi anni soprattutto i rinnovi del contratto dei dipendenti e della convenzione per la medicina generale. I contratti per il personale dipendente (dirigenza medica, dirigenza non medica e comparto) hanno una durata di quattro anni per la parte normativa e di due anni per la parte economica. Esiste un sostanziale ritardo nel rinnovo dei contratti, con conseguente impatto sul trend di spesa (cfr. *infra*). Il DL 203/2005, all'art. 9, ha sottolineato come «al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato (...) a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le Regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (...) la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio». Nella RGSEP gli accantonamenti tipici sono aggregati alla voce *Servizi*, anche se in realtà si riferiscono a costi in parte del personale dipendente ed in parte di professionisti convenzionati con il SSN.

Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce *Ospedaliera accreditata* alle rispettive voci della classificazione economica (es. *Personale, Beni e servizi...*).

Nella Tabella 3.9 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed esterni alle Aziende sanitarie. I beni e servizi sono fattori erogati da soggetti non dipendenti dal SSN, ma rappresentano una componente di costo delle prestazioni erogate internamente alle Aziende sanitarie (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati o tramite distribuzione diretta) e sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti dal SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Ospedali privati, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti fattori esterni. Il saldo delle voci economiche («Altri costi») è stato escluso,

<sup>28</sup> Cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2010 (Anessi Pessina e Sicilia, 2010), che analizza in modo approfondito i bilanci delle Aziende sanitarie, mostrando l'incidenza delle diverse componenti di ricavo e costo.

mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con la RGSEP, ai *Beni e servizi* e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (personale SUMAI e MMG).

In generale, si osserva come il trend dei costi per fattori esterni sia più sensibile alle variazioni di politica della spesa (Tabella 3.9): in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2001-2011) il tasso di crescita dei costi per fattori esterni è mediamente inferiore a quello dei fattori interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001<sup>29</sup>) i fattori esterni aumentano ad un tasso più sostenuto. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato soprattutto su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata e sull'ospedaliera accreditata). Lo stesso fenomeno, tuttavia, può essere anche letto invertendo – in parte – il senso di causalità. Infatti, oltre a notare come la politica sanitaria sia stata particolarmente attenta al contenimento della spesa su alcuni fattori esterni, ad esempio attraverso l'istituzione di tetti di spesa per la farmaceutica<sup>30</sup>, è da considerare l'azione proattiva di molte Regioni nel ricondurre nell'insieme dei fattori interni alcune voci di spesa, al fine di generare rilevanti economie, dato che appare evidente dalla Figura 3.2. Si pensi, ad esempio, all'acquisto dei farmaci da distribuire con le modalità diretta e per conto. Pertanto, il rallentamento nel trend di crescita della spesa sanitaria è da imputare non solo agli effetti delle politiche sui fattori esterni, ma anche alle azioni delle Regioni e delle aziende sanitarie che, nel ricondurre alcune voci di spesa su fattori produttivi da esse direttamente gestiti, hanno potuto intervenire in maniera più efficace nel perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento.

Al fine di dare maggiore solidità a questa affermazione, è stata condotta un'analisi statistica su dati *panel* dal 2004 al 2011. In particolare, abbiamo voluto isolare l'impatto che il diverso peso dei fattori interni ha sul livello complessivo di spesa<sup>31</sup>. La metodologia di stima<sup>32</sup> ha permesso di tenere conto di tutte le peculiarità regionali che potrebbero rendere i livelli di spesa differenti ex-ante, grazie all'utilizzo degli effetti fissi regionali<sup>33</sup> (modelli 1 e 3) e l'aggiunta di *dum-*

<sup>29</sup> Tale tendenza alla crescita dei costi per fattori esterni si è manifestata, in realtà, fino al 2004, anno in cui si è verificata una brusca inversione nel trend di crescita e che rappresenta il reale punto di rottura della serie.

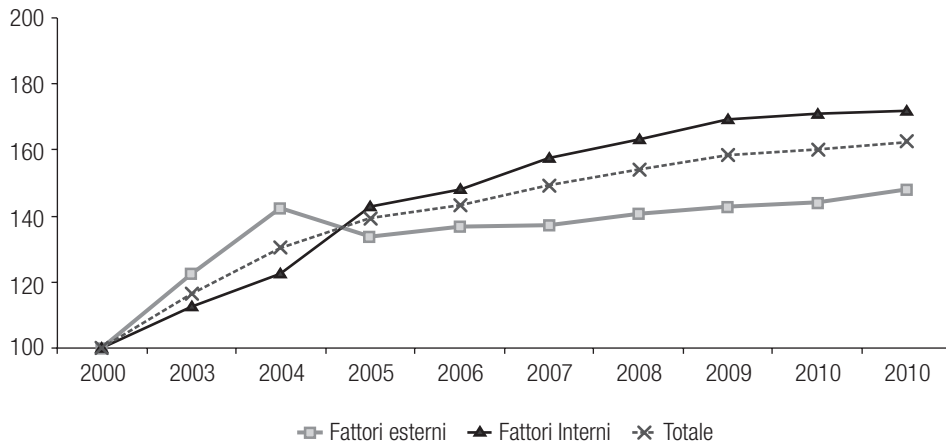
<sup>30</sup> Questi ultimi hanno un impatto anche sulla spesa per fattori interni (voce acquisti di farmaci).

<sup>31</sup> Quest'analisi rappresenta una modifica sostanziale rispetto a quella già effettuata per i Rapporti OASI 2010 e 2011 (Armeni 2010, Armeni 2011) che era invece focalizzata sull'impatto che la spesa per fattori interni ha sul trend di crescita. Si trattava, tuttavia, di un'analisi di correlazione, priva di controlli e, di conseguenza, di validità limitata.

<sup>32</sup> Per la stima è stato utilizzato un modello di regressione lineare con effetti fissi regionali (modelli 1 e 3) e con effetti fissi regionali e temporali (modelli 2 e 4). Il software statistico utilizzato per la regressione è STATA®, *release 12*. Come variabile indipendente è stata utilizzata la spesa sanitaria pubblica regionale (in logaritmo naturale) e come variabile esplicativa il peso dei fattori interni sul totale della spesa sanitaria pubblica regionale.

<sup>33</sup> Per effetti fissi si intende l'introduzione nella formula di regressione di un coefficiente per ogni Regione che non varia nel tempo. Questo coefficiente cattura l'effetto di tutte le variabili non osservate che rappresentano le caratteristiche peculiari e invarianti di ogni Regione.

Figura 3.2 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione), 2000, 2003 – 2011**



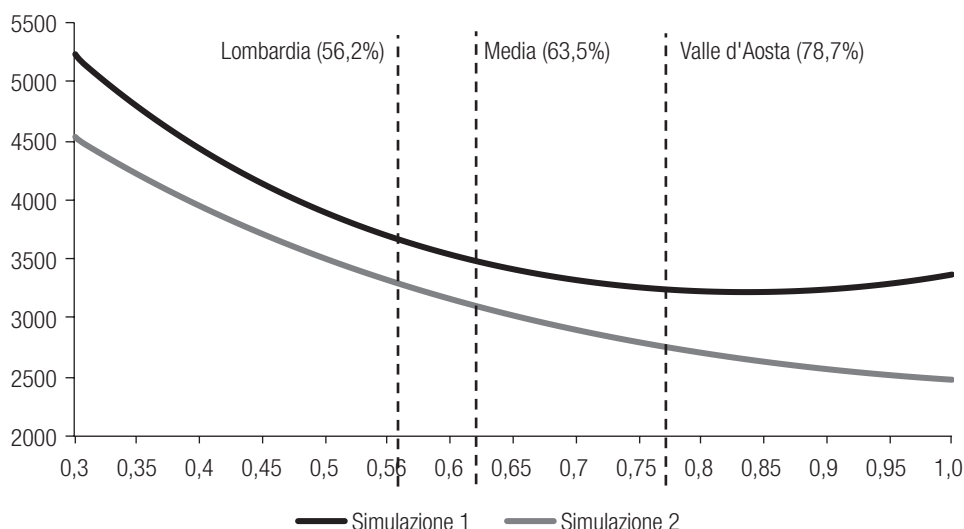
Cfr. Nota Tabella 3.14

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

my temporali (modelli 2 e 4). Inoltre, entrambi i modelli stimati tengono conto di un fattore autoregressivo<sup>34</sup> di grado 1 sulla spesa, al fine di non imputare alla variabile dipendente principale le normali variazioni dovute al *trend* della serie storica. I risultati evidenziano come ad un aumento dell'1% del peso dei fattori interni sia associata una spesa inferiore, nella misura, a seconda del modello utilizzato, dello 0,77% (modello 1) e 0,94% (modello 2). La relazione, tuttavia, non è necessariamente lineare, in quanto l'efficacia dell'aumento del peso dei fattori interni potrebbe essere compensata dall'aumento dei costi organizzativi, dovuto alla crescente complessità introdotta dall'allargamento degli ambiti gestionali. Pertanto nei modelli 3 e 4, abbiamo introdotto un coefficiente non lineare (quadratico) sul peso dei fattori interni. Prevedibilmente, questo coefficiente risulta significativo e positivo. Per illustrare meglio le implicazioni di quanto riportato, nella Figura 3.3 è illustrata un'analisi di simulazione, basata sulle stime di cui sopra. La curva «simulazione 1» è riferita all'analisi senza *dummy* temporali, incluse invece nell'equazione della curva «simulazione 2». Sul grafico sono anche riportati i livelli attuali (2011) minimi, massimi e medi del peso dei fattori interni in Italia. Come emerge dalla figura, la relazione tra spesa pubblica e peso dei fattori interni è negativa ma tende ad appiattirsi al crescere di quest'ultimo. A seconda del livello di spesa di partenza e del modello di stima utilizzato, la

<sup>34</sup> L'introduzione del fattore autoregressivo è ottenuta attraverso l'inserimento nella formula di regressione di un termine che rappresenta la variabile dipendente nel precedente periodo.

Figura 3.3 **Simulazione della relazione tra peso dei fattori interni di produzione e la spesa sanitaria pubblica (milioni di euro)**



Nota: stime effettuate con il software STATA ©., release 12. Ipotesi di base: spesa anno precedente pari alla media della spesa sanitaria pubblica nelle Regioni nel 2011 (3,3 miliardi di euro). Le simulazioni sono quindi da intendersi per una Regione virtuale, e non sono applicabili direttamente a nessuna Regione.

Fonte: Elaborazioni, stime e simulazioni su dati RGSEP (2011)

relazione potrebbe anche diventare positiva (simulazione 1) oltre un certo livello, a causa dell'aumento dei costi organizzativi che sarebbe superiore al risparmio in termini di costi di transazione.

Venendo ad una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante secondo la classificazione economica è il personale dipendente, che rappresenta il 32% della spesa complessiva nel 2011<sup>35</sup> (leggermente diminuito in termini relativi rispetto al 2010). Dopo tre anni (2004-2006) di crescita sostenuta del costo del personale<sup>36</sup>, il 2007 aveva evidenziato una sen-

<sup>35</sup> Considerata al lordo della mobilità (quindi non scorporandola) verso Bambin Gesù e SMOM.

<sup>36</sup> L'aumento negli anni precedenti al 2007 è da ascrivere, almeno in parte, alla riclassificazione della spesa che le Regioni sostengono per gli IRCCS pubblici e le AO universitarie integrate con il SSN (cfr. *supra*) ed in parte agli effetti del rinnovo dei contratti del comparto (prima) e della dirigenza (poi). Il contratto del comparto è stato infatti rinnovato il 19 Aprile 2004 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Giugno 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005. Il 10 Aprile 2008 è stato poi rinnovato il contratto 2006-2009 (parte normativa) e 2006-2007 (biennio economico). Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnico-amministrativa e medico-veterinaria è stato rinnovato il 3 Novembre 2005 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Luglio 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005.



Tabella 3.9 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000; 2005-2011)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Tasso crescita medio '90/'11	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'11
Valori assoluti (milioni Euro)													
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	33.415	33.829	35.266	36.192	36.674	36.149	3,9%	4,8%	4,7%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	26.902	30.451	31.373	32.826	33.103	34.095	7,6%	4,8%	10,5%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	5.930	6.008	6.068	6.361	6.541	6.625	4,8%	2,8%	7,9%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	12.382	11.542	11.227	10.997	10.913	9.930	1,5%	-6,7%	-1,6%
Ospedalliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.487	8.706	8.877	8.827	8.849	8.891	3,8%	6,4%	0,9%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	3.511	3.728	3.906	4.080	4.504	4.654	4,5%	-7,7%	12,3%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	8.446	8.694	9.427	9.826	10.177	10.306	8,6%	11,7%	11,4%
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	57	330	453	495	9	104	-5,9%	4,7%	6,9%
Altri enti (d)	74	637	509	459	485	517	546	556	563	641	10,8%	53,8%	-7,5%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.494	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale</b>	<b>41.466</b>	<b>48.752</b>	<b>70.173</b>	<b>96.797</b>	<b>99.614</b>	<b>103.805</b>	<b>107.141</b>	<b>110.160</b>	<b>111.333</b>	<b>111.395</b>	<b>4,8%</b>	<b>3,3%</b>	<b>8,1%</b>
<b>Totale con ammortamenti</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>112.889</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>
<b>Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)</b>	<b>41.017</b>	<b>47.644</b>	<b>69.085</b>	<b>95.271</b>	<b>99.072</b>	<b>102.958</b>	<b>106.143</b>	<b>109.109</b>	<b>110.761</b>	<b>110.650</b>	<b>4,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>8,2%</b>
Fattori interni (a+b)	23.530	29.724	41.445	58.370	60.317	64.279	66.639	69.017	69.777	70.244	5,3%	4,8%	6,7%
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	17.487	17.920	27.640	36.901	38.756	38.679	39.504	40.092	40.984	40.405	4,1%	0,5%	10,6%
Variazione percentuale													
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	5,2%	1,2%	4,2%	2,6%	1,3%	-1,4%			
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	1,1%	13,2%	3,0%	4,6%	0,8%	3,0%			
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	4,2%	1,3%	1,0%	4,8%	2,8%	1,3%			
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	4,1%	-6,8%	-2,7%	-2,0%	-0,8%	-9,0%			
Ospedalliera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	4,2%	2,6%	2,0%	-0,6%	0,3%	0,5%			
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,4%	8,7%	6,2%	4,8%	4,5%	10,4%	3,3%			
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	6,4%	2,9%	8,4%	4,2%	3,6%	1,3%			
Altri costi (c)	-	-36,5%	135,8%	-47,1%	-94,6%	475,2%	37,3%	9,4%	-98,2%	1040,9%			
Altri enti (d)	-	207,6%	6,6%	2,3%	5,5%	6,7%	5,5%	1,8%	1,3%	13,9%			
Ammortamenti (e)	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-0,6%</b>	<b>11,1%</b>	<b>6,1%</b>	<b>2,9%</b>	<b>4,2%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,1%</b>			
<b>Totale con ammortamenti</b>													
<b>Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)</b>	<b>-</b>	<b>-0,9%</b>	<b>10,7%</b>	<b>7,3%</b>	<b>4,0%</b>	<b>3,9%</b>	<b>3,1%</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>-0,1%</b>			
Fattori interni (a+b)	-	-0,2%	10,0%	12,2%	3,3%	6,6%	3,7%	3,6%	1,1%	0,7%			
Fattori esterni: (f) - Fattori interni	-	-2,0%	11,7%	0,4%	5,0%	-0,2%	2,1%	1,5%	2,2%	-1,4%			

Tabella 3.9 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Incidenza % su totale									
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,8%	33,5%	32,6%	32,9%	32,9%	32,9%	32,0%
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,5%	27,0%	29,3%	29,3%	29,8%	29,7%	30,2%
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,9%	5,9%
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,3%	12,4%	11,1%	10,5%	10,0%	9,8%	8,8%
Ospedalizzazione accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	8,5%	8,4%	8,3%	8,0%	7,9%	7,9%
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	3,5%	3,6%	3,6%	3,7%	4,0%	4,1%
Altra ass. conv.	4,4%	6,4%	6,3%	8,2%	8,5%	8,4%	8,8%	8,9%	9,1%	9,1%
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%	0,0%	0,1%
Altri enti (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,3%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Totale al netto di (c), (d) ed (e) : (f)</b>	<b>98,9%</b>	<b>97,7%</b>	<b>98,4%</b>	<b>98,4%</b>	<b>99,5%</b>	<b>99,2%</b>	<b>99,1%</b>	<b>99,0%</b>	<b>99,5%</b>	<b>99,3%</b>
<i>Fattori interni (a+b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	60,3%	60,6%	61,9%	62,2%	62,7%	62,7%	63,1%
<i>Fattori esterni: (f) - Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	38,1%	38,9%	37,3%	36,9%	36,4%	36,8%	36,3%

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce «Servizi». Cfr. anche note a Tabella 3.7. La voce Altri costi (c) contiene il saldo della gestione straordinaria, il saldo intramoenia e la spesa relativa all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta). La voce «Altri Enti (d)» è riferita agli enti non regionali (vedi nota 13). Per il 2011 è inserita anche la voce «Ammortamenti».

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

sibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all'1,2%). Nel 2008, la variazione si era attestata a +4,2%, principalmente per effetto di ulteriori rinnovi contrattuali, sebbene tale dato fosse lontano dai tassi riscontrati negli anni precedenti il 2007. Nel 2009, invece, la crescita della voce *Personale* è stata pari al 2,6%, in linea con l'andamento del totale della spesa sanitaria. Nel 2010, il tasso di crescita era nuovamente diminuito (+1,3%). Nel 2011 la voce è diminuita dell'1,4%. La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l'80% della spesa complessiva per il personale.

La seconda voce di costo è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (30,2% sul totale della spesa del SSN nel 2011). Si tratta della voce di costo con l'andamento più variabile. Va innanzi tutto rilevato che nel 1990 tale voce rappresentava circa il 18% della spesa totale. Tra il 1995 e il 2001, gli acquisti di beni e servizi sono cresciuti ad un tasso medio annuo pari al 10,5%. Dopo il picco del 2005, legato essenzialmente alla riclassificazione della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'Università, e dopo la battuta di arresto del 2006, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (nel 2007 +13,2% rispetto al 2006), mentre nel biennio 2008-2009 ha subito un nuovo rallentamento, facendo registrare una crescita pari al 3% nel 2008 e del 4,6% nel 2009. Nel 2010, la crescita si era del tutto arrestata, con un aumento di appena 0,8%. Nel 2011, invece, la voce è nuovamente aumentata del 3%. La sottovoce più rilevante è rappresentata dall'acquisto di beni che, a differenza di quanto avvenuto nel 2010, in cui aveva subito un incremento del 5,6%, dovuto, in parte all'aumento dell'incidenza della distribuzione diretta dei farmaci, nel 2011 è cresciuta meno delle altre sottovoci (+2,4%). Il rallentamento è principalmente dovuto all'adozione di procedure di acquisto centralizzate, che hanno prodotto rilevanti economie di scala. Un ruolo importante è da attribuire al consolidamento delle misure di contenimento della spesa per farmaci, realizzata soprattutto attraverso l'attivazione di forme alternative di distribuzione (distribuzione diretta o accordi di distribuzione da parte delle farmacie in nome e per conto). Tra le altre sottovoci, si segnala la diminuzione del 4% della spesa per servizi sanitari e non sanitari, dovuta ad un minor ricorso alle consulenze esterne. Inoltre, la spesa per godimento di beni di terzi aumenta per effetto del maggior ricorso a forme di *leasing* e *service*. Gli accantonamenti tipici aumentano anch'essi (+24%), così come gli oneri finanziari (+8,1%). Rispetto a questi ultimi, tuttavia, va rilevato come sia persistente, rispetto a qualche anno prima, l'effetto positivo relativo alla riduzione dei tempi di pagamento da parte delle aziende delle Regioni sottoposte a piano di rientro.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,9% dei costi totali) è aumentata di poco rispetto al 2010 (+1,3%).

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un calo significativo, pari al 9%, in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS

(Osservatorio Farmaci, 2012). Il contenimento di tale voce di spesa deriva da diversi fattori di influenza, alcuni riferiti al consolidamento degli interventi già predisposti negli anni precedenti, tra cui i) l'ordinaria attività dell'AIFA in materia di determinazione dei prezzi dei farmaci, ii) l'introduzione e il rafforzamento di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte di un numero sempre più ampio di Regioni, iii) l'implementazione e la diffusione della distribuzione diretta e per conto nelle varie Regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro, iv) la diffusione di forme di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, v) l'allineamento del prezzo di riferimento al livello di altri paesi europei.

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un aumento dello 0,5%, che conferma il trend di ripresa iniziato nel 2006 (temporaneamente arrestatosi nel 2009), a fronte del calo vistoso del 2005 (generato però in gran parte dalla riclassificazione della spesa per IRCCS e AO integrate con il SSN in altre voci di spesa – cfr. *supra* –)<sup>37</sup>. Tuttavia, è da notare come tale incremento sia contenuto, soprattutto a ragione delle misure adottate da diverse Regioni come l'introduzione di *budget* e tetti di spesa.

Diverso il caso, invece, del dato di spesa riguardante l'assistenza specialistica convenzionata e accreditata, che nell'ultimo anno è cresciuta del 3,3%, a fronte della crescita del 10,4% registrata nel 2010. Nel precedente Rapporto era stato evidenziato come l'aumento tra gli anni 2009 e 2010 fosse dovuto principalmente alla maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero, rendendo il minor aumento della spesa ospedaliera in parte<sup>38</sup> assimilabile ad un effetto di *crowding-out* generato da un guadagno di appropriatezza. Tuttavia, a causa della rigidità di classificazione delle voci contabili, non è possibile verificare puntualmente lo spiazzamento di cui sopra, essendo il dato di assistenza ospedaliera comprensivo di tutte le prestazioni erogate e, pertanto, latore di effetti compensativi.

Infine, le diverse componenti della spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psichiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale) hanno evidenziato, nel 2011, tassi di crescita moderati (+1,3% complessivo).

Quanto alla spesa sanitaria corrente privata, come sopra evidenziato (Tabella 3.7), si è registrato dal 2003 un aumento sistematicamente inferiore a quello della spesa pubblica, con conseguente incremento del grado di copertura della spesa sanitaria da parte del SSN (dal 74,2% nel 2000 all'80% nel 2011).

<sup>37</sup> La spesa ospedaliera per strutture accreditate comprende quindi dal 2005 solo la spesa per prestazioni acquistate dalle case di cura private accreditate, dagli ospedali classificati e dagli IRCCS e Policlinici di diritto privato.

<sup>38</sup> In parte, invece, l'aumento era dovuto alla modifica dei criteri di contabilizzazione, per l'analisi della quale si rimanda al Rapporto Oasi 2010, capitolo 3 (Armeni, 2010).

La quota della spesa che i cittadini sostengono privatamente per prestazioni sanitarie rappresenta solo il 2,9% della spesa complessiva per consumi da parte delle famiglie<sup>39</sup>.

### 3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2011 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente (Tabella 3.10) presenta notevoli differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2010 che vanno dal +6,7% della Provincia Autonoma di Trento al -2,1% della Puglia. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle Regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro (PdR) con la Pubblica Amministrazione centrale (cfr. nota a Tabella 3.10). In particolare, la crescita media nelle Regioni interessate da PdR è stata pari a +0,2%, contro una crescita media nelle altre Regioni pari a +2,4%. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono invece molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2011, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Sud, mentre dal 1995 al 2001 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Infine, nell'ultimo decennio sono nuovamente le Regioni del Sud ad evidenziare l'andamento di crescita più contenuto.

La Tabella 3.11 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Questo valore è calcolato al netto della mobilità, a differenza di quanto avveniva nei precedenti Rapporti OASI (Armeni, 2010 e Armeni, 2011). In genere, le Regioni del Sud presentano un valore superiore alla media, essenzialmente a causa del PIL, inferiore a quello delle Regioni del Nord (la spesa sanitaria riflette in misura soltanto indiretta il grado di sviluppo economico, anche per la presenza dei meccanismi di perequazione finanziaria interregionale; pertanto il suo peso rispetto al PIL non si mantiene costante, ma tende ad essere maggiore nelle Regioni con PIL più basso).

Nelle Regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite è più elevata della media nazionale (Tabella 3.12), con le eccezioni di Veneto, Umbria e Marche; al Sud, fatta eccezione per il Molise e la Sardegna, la spesa è invece inferiore alla media nazionale. La variabilità interregionale nel 2011 si è leggermente accentuata (+1,1 punti percentuali rispetto al 2010, anno in cui la variabilità aveva ricominciato a crescere), mentre era risultata particolarmente ridotta nel 2009, quando era di 2,4 punti percentuali più bassa rispetto ai valori del 2005<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Alla data del 25 luglio 2012, l'ISTAT non fornisce il dettaglio delle sottovoci per la spesa sanitaria privata.

<sup>40</sup> Tale variabilità è misurata attraverso il coefficiente di variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

Tabella 3.10 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005-2011)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011 /2010	Tasso crescita medio '90/'11	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'11
Piemonte	2.974	3.560	5.572	7.193	7.457	7.729	8.075	8.346	8.468	8.446	-0,3%	5,1%	3,7%	9,0%
Valle d'Aosta	87	104	167	225	245	247	260	264	278	285	2,6%	5,8%	3,7%	9,8%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	14.777	15.351	16.167	16.725	17.201	17.819	18.514	3,9%	5,3%	4,3%	7,7%
Bolzano	314	445	735	982	1.021	1.065	1.108	1.065	1.099	1.145	4,2%	6,4%	7,2%	9,7%
Trento	328	418	624	857	900	943	995	1.062	1.096	1.170	6,7%	6,2%	5,0%	9,7%
Veneto	3.257	3.806	5.637	7.561	7.872	8.105	8.387	8.642	8.785	8.946	1,8%	4,9%	3,2%	8,3%
Friuli VG	876	1.034	1.462	1.988	1.983	2.155	2.311	2.410	2.443	2.562	4,9%	5,2%	3,4%	7,6%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.925	2.956	3.098	3.176	3.271	3.241	3.304	1,9%	4,1%	2,3%	6,9%
Emilia Romagna	3.340	3.824	5.105	7.053	7.312	7.628	7.947	8.270	8.442	8.519	0,9%	4,6%	2,7%	6,9%
Toscana	2.784	3.143	4.384	5.927	6.199	6.403	6.660	7.117	7.084	7.111	0,4%	4,6%	2,5%	7,8%
Umbria	620	712	1.045	1.399	1.465	1.502	1.566	1.616	1.628	1.663	2,2%	4,8%	2,8%	8,1%
Marche	1.186	1.277	1.808	2.345	2.449	2.525	2.618	2.737	2.801	2.797	-0,1%	4,2%	1,5%	7,7%
Lazio	4.030	4.625	6.752	10.112	10.703	10.877	11.084	11.315	11.191	11.280	0,8%	5,0%	2,8%	8,4%
Abruzzo	900	964	1.638	2.246	2.211	2.330	2.357	2.345	2.334	2.358	1,1%	4,7%	1,4%	10,4%
Molise	224	258	376	654	590	622	651	665	663	658	-0,7%	5,3%	2,8%	9,6%
Campania	3.883	4.267	6.650	9.668	9.220	9.710	10.019	10.157	10.011	9.977	-0,3%	4,6%	1,9%	9,7%
Puglia	2.692	3.192	4.531	6.161	6.257	6.751	7.081	7.144	7.237	7.084	-2,1%	4,7%	3,5%	7,5%
Basilicata	368	432	649	898	914	971	1.016	1.035	1.058	1.068	0,9%	5,2%	3,2%	8,6%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.858	2.986	3.428	3.374	3.498	3.455	3.427	-0,8%	5,0%	4,2%	9,2%
Sicilia	3.480	3.799	5.361	7.815	8.405	8.327	8.280	8.393	8.511	8.732	2,6%	4,5%	1,8%	8,6%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.692	2.633	2.706	2.905	3.051	3.128	3.202	2,4%	5,1%	4,6%	6,7%
<b>Totale</b>	<b>41.392</b>	<b>48.115</b>	<b>69.663</b>	<b>96.337</b>	<b>99.130</b>	<b>103.288</b>	<b>106.596</b>	<b>109.604</b>	<b>110.770</b>	<b>112.249</b>	<b>1,3%</b>	<b>4,9%</b>	<b>3,1%</b>	<b>8,2%</b>
Centro	8.620	9.756	13.989	19.783	20.816	21.307	21.928	22.785	22.704	22.852	0,7%	4,8%	2,5%	8,1%
Sud e isole	13.904	15.837	23.444	32.994	33.216	34.845	35.683	36.288	36.397	36.506	0,3%	4,7%	2,6%	8,7%
Regioni soggette a piani di rientro	13.941	15.505	22.958	33.421	34.086	34.964	35.567	36.147	51.869	51.962	0,2%			
Altre regioni	27.451	32.610	46.705	62.917	65.044	68.324	71.029	73.457	58.901	60.286	2,4%			

Nota: Le Regioni soggette a Piano di Rientro sono Liguria (accordo stipulato il 6/2/07), Lazio (28/2/07), Abruzzo (13/3/07), Campania (13/3/07), Molise (27/3/07) e Sicilia (31/7/07). Alla Sardegna è stato richiesto un piano meno impegnativo, finalizzato al recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per il 2001. La Calabria ha approvato il proprio Piano di Rientro con DGR n.845 del 16.12.2009, pertanto nel 2010 è ancora inclusa nel computo delle Regioni in Piano di Rientro. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il Piano di Rientro nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2789 del 21.6.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano, pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria è uscita dai Piani nel 2010, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Tabella 3.11 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale (2004-2011)**

Regioni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Piemonte	6,29%	6,20%	6,20%	6,82%	7,07%	7,70%	7,67%	7,76%
Valle d'Aosta	5,86%	6,20%	6,47%	7,25%	7,25%	7,53%	7,51%	7,59%
Lombardia	4,48%	4,82%	4,85%	5,50%	5,46%	5,84%	5,86%	6,09%
Bolzano	6,24%	6,41%	6,34%	6,70%	6,76%	6,51%	6,26%	6,27%
Trento	5,96%	6,04%	6,13%	6,78%	7,01%	7,53%	7,30%	7,55%
Veneto	5,24%	5,55%	5,58%	6,05%	6,22%	6,63%	6,50%	6,58%
Friuli VG	5,95%	6,06%	5,80%	6,47%	6,95%	7,61%	7,56%	8,03%
Liguria	7,45%	7,42%	7,25%	7,82%	7,82%	8,36%	8,00%	8,11%
Emilia Romagna	5,34%	5,45%	5,37%	5,86%	6,01%	6,49%	6,44%	6,50%
Toscana	5,93%	6,06%	6,08%	6,82%	7,00%	7,52%	7,01%	6,81%
Umbria	6,83%	7,03%	7,02%	7,60%	7,81%	8,48%	8,36%	8,61%
Marche	6,42%	6,42%	6,34%	6,90%	7,17%	7,64%	7,46%	7,34%
Lazio	6,41%	6,49%	6,66%	7,15%	7,23%	7,48%	7,03%	6,92%
Abruzzo	7,76%	8,55%	8,06%	9,11%	8,97%	9,50%	9,16%	9,23%
Molise	9,34%	11,35%	9,37%	9,86%	10,50%	10,68%	10,04%	9,70%
Campania	10,06%	10,83%	10,02%	11,54%	11,81%	12,17%	11,33%	11,01%
Puglia	8,75%	9,76%	9,47%	11,03%	11,57%	11,82%	11,30%	10,78%
Basilicata	8,84%	9,40%	8,94%	10,22%	10,61%	11,01%	10,64%	10,54%
Calabria	9,57%	9,69%	9,71%	12,25%	11,80%	12,43%	11,69%	11,35%
Sicilia	9,93%	9,91%	10,26%	11,13%	10,89%	11,34%	11,00%	11,13%
Sardegna	8,10%	8,73%	8,26%	9,50%	9,85%	10,56%	10,36%	10,42%
<b>Totale</b>	<b>6,47%</b>	<b>6,83%</b>	<b>6,75%</b>	<b>6,80%</b>	<b>6,94%</b>	<b>7,36%</b>	<b>7,16%</b>	<b>7,20%</b>

\* il dato 2010 e 2011 del PIL è stimato.

Nota: Per il 2011 è stata utilizzata la mobilità 2010

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) ed ISTAT (2012)

La variabilità interregionale si riduce di 0,2 punti percentuali se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente (Tabella 3.13)<sup>41</sup>. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le Regioni del Sud (escluso il Molise).

<sup>41</sup> L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2010. I valori dei saldi della mobilità interregionale non sono, infatti, ancora aggiornati, in relazione agli esiti degli accordi regionali bilaterali per la composizione delle controversie concernenti i relativi importi di accredito e addebito.



**Tabella 3.12 Spesa sanitaria pubblica procapite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2005-2011)**

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011 /2010	Tasso crescita medio '90/'11	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'11	
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.718	1.776	1.835	1.883	1.904	1.895	-0,5%	4,9%	3,8%	9,0%	3,1%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	1.978	1.978	2.067	2.076	2.172	2.222	2,3%	5,3%	3,0%	9,5%	4,0%
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.620	1.694	1.734	1.766	1.813	1.867	2,9%	4,7%	4,1%	7,3%	3,5%
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.114	2.183	2.243	2.134	2.183	2.256	3,4%	5,6%	6,6%	9,0%	3,1%
Trento	731	907	1.318	1.722	1.792	1.861	1.938	2.044	2.089	2.209	5,8%	5,4%	4,4%	9,0%	3,8%
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.661	1.698	1.736	1.769	1.788	1.812	1,3%	4,3%	2,9%	7,9%	2,9%
Friuli VG	730	868	1.234	1.650	1.642	1.777	1.891	1.958	1.979	2.074	4,7%	5,1%	3,5%	7,7%	4,4%
Liguria	841	957	1.342	1.837	1.836	1.927	1.973	2.026	2.006	2.044	1,9%	4,3%	2,6%	7,4%	3,4%
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.699	1.746	1.806	1.859	1.906	1.921	1.922	0,1%	3,9%	2,6%	6,5%	3,1%
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.713	1.760	1.811	1.919	1.899	1.896	-0,1%	4,3%	2,5%	7,7%	3,1%
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.688	1.720	1.771	1.807	1.807	1.835	1,5%	4,2%	2,5%	7,7%	3,1%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.602	1.644	1.686	1.744	1.796	1.787	-0,5%	3,7%	1,2%	7,4%	2,8%
Lazio	788	891	1.283	1.919	2.018	1.980	1.993	2.011	1.970	1.969	0,0%	4,5%	2,5%	8,0%	3,4%
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.694	1.779	1.780	1.757	1.743	1.757	0,8%	4,3%	1,0%	10,2%	2,6%
Molise	678	776	1.145	2.033	1.838	1.943	2.029	2.072	2.069	2.057	-0,6%	5,4%	2,7%	9,8%	4,2%
Campania	692	743	1.150	1.670	1.592	1.677	1.724	1.747	1.719	1.710	-0,5%	4,4%	1,4%	9,5%	2,9%
Puglia	671	783	1.109	1.515	1.537	1.659	1.737	1.751	1.772	1.731	-2,3%	4,6%	3,1%	7,4%	3,7%
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.539	1.642	1.719	1.753	1.797	1.817	1,1%	5,4%	3,3%	8,8%	4,5%
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.490	1.716	1.680	1.741	1.720	1.704	-0,9%	5,2%	4,3%	9,4%	3,2%
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.675	1.660	1.646	1.666	1.688	1.729	2,4%	4,4%	1,3%	8,7%	3,5%
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.590	1.630	1.744	1.826	1.870	1.911	2,2%	4,9%	4,4%	6,8%	4,1%
Totale	730	840	1.208	1.648	1.687	1.747	1.788	1.825	1.836	1.851	0,9%	4,5%	2,8%	8,0%	3,3%
Nord	745	885	1.253	1.646	1.691	1.757	1.806	1.845	1.873	1.905	1,7%	4,6%	3,5%	7,7%	3,3%
Centro	792	888	1.261	1.759	1.839	1.846	1.878	1.931	1.912	1.912	0,0%	4,3%	2,3%	7,8%	3,2%
Sud e isole	678	760	1.123	1.590	1.600	1.679	1.713	1.740	1.743	1.746	0,1%	4,6%	2,3%	8,7%	3,4%
Coefficiente Variazione	9,55%	9,70%	9,70%	9,99%	9,51%	8,10%	8,34%	7,51%	7,86%	8,96%					
Differenza max/min	0,46	0,41	0,51	0,45	0,42	0,34	0,36	0,28	0,29	0,32					

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) ed ISTAT (2012)



Tabella 3.13 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2010)**

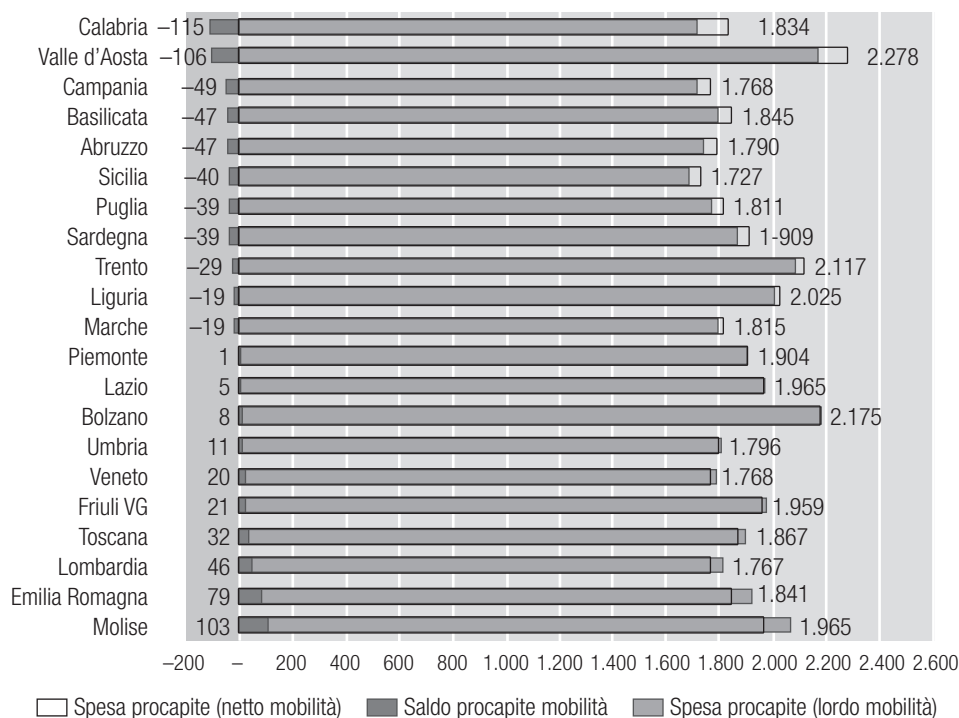
	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	“ v.a. (Euro) “
Piemonte	1.904	103,7	1.904	103,7	0,6
Valle d'Aosta	2.172	118,3	2.278	124,1	-105,7
Lombardia	1.813	98,8	1.767	96,3	46,0
Bolzano	2.183	118,9	2.175	118,5	8,3
Trento	2.089	113,8	2.117	115,3	-28,8
Veneto	1.788	97,4	1.768	96,3	20,0
Friuli VG	1.979	107,8	1.959	106,7	21,0
Liguria	2.006	109,3	2.025	110,3	-18,9
Emilia Romagna	1.921	104,6	1.841	100,3	79,0
Toscana	1.899	103,5	1.867	101,7	31,8
Umbria	1.807	98,4	1.796	97,8	10,7
Marche	1.796	97,8	1.815	98,8	-18,6
Lazio	1.970	107,3	1.965	107,0	4,9
Abruzzo	1.743	94,9	1.790	97,5	-47,3
Molise	2.069	112,7	1.965	107,1	103,5
Campania	1.719	93,6	1.768	96,3	-49,0
Puglia	1.772	96,5	1.811	98,7	-38,9
Basilicata	1.797	97,9	1.845	100,5	-47,4
Calabria	1.720	93,7	1.834	99,9	-114,6
Sicilia	1.688	91,9	1.727	94,1	-39,8
Sardegna	1.870	101,9	1.909	104,0	-38,7
<b>Totale</b>	<b>1.836</b>	<b>100,0</b>	<b>1.836</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>
<i>Nord</i>	<i>1.873</i>	<i>102,0</i>	<i>1.841</i>	<i>100,3</i>	<i>31,6</i>
<i>Centro</i>	<i>1.912</i>	<i>104,2</i>	<i>1.902</i>	<i>103,6</i>	<i>10,7</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.743</i>	<i>94,9</i>	<i>1.791</i>	<i>97,6</i>	<i>-47,8</i>
<i>Coeff. Var.</i>	<i>7,9%</i>	<i>—</i>	<i>7,7%</i>	<i>—</i>	<i>—</i>
<i>Diff max/min</i>	<i>29,4%</i>	<i>—</i>	<i>31,9%</i>	<i>—</i>	<i>—</i>

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Nella Figura 3.4 è riportata, per ogni Regione, la spesa sanitaria pubblica procapite al lordo della mobilità, il saldo procapite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica procapite al netto della mobilità. È da notare come per alcune Regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Calabria e (in positivo) per il Molise.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie, vengono confermate le sostanziali

Figura 3.4 **Spesa sanitaria pubblica procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo ed al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale procapite (2010)**



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

differenze a livello regionale. La Tabella 3.14 illustra l'evoluzione del dato tra il 1990 e il 2011. La Tabella 3.15 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, P.A. di Trento, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente (Tabella 3.15), Lombardia, Lazio e – in parte – Puglia, Campania e Molise presentino incidenze decisamente inferiori alla media nazionale, mentre Sicilia e P.A. di Trento, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenzino valori più elevati della media nazionale.

Tabella 3.14 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente regionale, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) (1990; 1995; 2000; 2010 – 2011)**

Regioni	Fattori interni					Fattori esterni				
	1990	1995	2000	2010	2011	1990	1995	2000	2010	2011
Piemonte	1.871	2.307	3.583	5.655	5.621	1.089	1.213	1.911	2.812	2.825
Valle d'Aosta	61	80	127	225	224	24	23	42	53	61
Lombardia	3.537	4.561	6.403	10.139	10.405	2.690	3.147	4.334	7.679	8.109
Bolzano	223	327	552	860	873	90	112	178	240	272
Trento	214	285	407	716	738	113	131	218	381	432
Veneto	2.191	2.618	3.749	5.718	5.889	1.025	1.167	1.870	3.067	3.057
Friuli VG	603	700	934	1.851	1.898	261	322	487	592	665
Liguria	828	1.003	1.314	2.242	2.224	575	583	860	999	1.080
Emilia Romagna	2.195	2.684	3.506	5.846	5.877	1.122	1.107	1.592	2.596	2.642
Toscana	1.763	2.231	2.987	5.289	5.302	1.001	882	1.373	1.795	1.809
Umbria	420	527	728	1.211	1.221	193	183	306	417	442
Marche	777	912	1.241	2.038	2.025	374	345	546	763	772
Lazio	1.758	2.216	3.077	6.592	6.480	2.237	2.393	3.660	4.600	4.800
Abruzzo	527	624	968	1.579	1.569	366	335	632	755	789
Molise	139	179	260	402	407	83	75	120	260	251
Campania	1.801	2.411	3.290	6.084	6.032	2.055	1.851	3.329	3.927	3.945
Puglia	1.323	1.655	2.504	4.334	4.253	1.341	1.365	1.928	2.903	2.831
Basilicata	218	283	423	708	720	150	147	216	350	348
Calabria	721	932	1.344	2.180	2.175	492	559	911	1.276	1.252
Sicilia	1.697	2.260	2.797	5.043	5.173	1.749	1.514	2.510	3.468	3.560
Sardegna	664	927	1.249	2.167	2.195	458	467	617	961	1.008
<b>Totale</b>	<b>23.530</b>	<b>29.724</b>	<b>41.445</b>	<b>70.877</b>	<b>71.299</b>	<b>17.487</b>	<b>17.920</b>	<b>27.640</b>	<b>39.893</b>	<b>40.950</b>
<i>Nord</i>	<i>11.723</i>	<i>14.567</i>	<i>20.577</i>	<i>27.405</i>	<i>27.871</i>	<i>6.988</i>	<i>7.806</i>	<i>11.492</i>	<i>18.418</i>	<i>19.143</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718</i>	<i>5.886</i>	<i>8.034</i>	<i>14.384</i>	<i>14.425</i>	<i>3.806</i>	<i>3.803</i>	<i>5.885</i>	<i>7.574</i>	<i>7.823</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089</i>	<i>9.271</i>	<i>12.835</i>	<i>29.088</i>	<i>29.002</i>	<i>6.693</i>	<i>6.312</i>	<i>10.264</i>	<i>13.900</i>	<i>13.984</i>

Tabella 3.14 (segue)

Incidenza	Fattori interni					Fattori esterni				
	1990	1995	2000	2010	2011	1990	1995	2000	2010	2011
Piemonte	63,2%	65,5%	65,2%	66,8%	66,5%	36,8%	34,5%	34,8%	33,2%	33,5%
Valle d'Aosta	71,9%	77,8%	75,0%	80,9%	78,7%	28,1%	22,2%	25,0%	19,1%	21,3%
Lombardia	56,8%	59,2%	59,6%	56,9%	56,2%	43,2%	40,8%	40,4%	43,1%	43,8%
Bolzano	71,2%	74,6%	75,6%	78,2%	76,2%	28,8%	25,4%	24,4%	21,8%	23,8%
Trento	65,5%	68,5%	65,2%	65,3%	63,1%	34,5%	31,5%	34,8%	34,7%	36,9%
Veneto	68,1%	69,2%	66,7%	65,1%	65,8%	31,9%	30,8%	33,3%	34,9%	34,2%
Friuli VG	69,8%	68,5%	65,7%	75,8%	74,1%	30,2%	31,5%	34,3%	24,2%	25,9%
Liguria	59,0%	63,2%	60,5%	69,2%	67,3%	41,0%	36,8%	39,5%	30,8%	32,7%
Emilia R	66,2%	70,8%	68,8%	69,3%	69,0%	33,8%	29,2%	31,2%	30,7%	31,0%
Toscana	63,8%	71,7%	68,5%	74,7%	74,6%	36,2%	28,3%	31,5%	25,3%	25,4%
Umbria	68,5%	74,2%	70,4%	74,4%	73,4%	31,5%	25,8%	29,6%	25,6%	26,6%
Marche	67,5%	72,6%	69,4%	72,8%	72,4%	32,5%	27,4%	30,6%	27,2%	27,6%
Lazio	44,0%	48,1%	45,7%	58,9%	57,4%	56,0%	51,9%	54,3%	41,1%	42,6%
Abruzzo	59,0%	65,1%	60,5%	67,6%	66,5%	41,0%	34,9%	39,5%	32,4%	33,5%
Molise	62,7%	70,5%	68,5%	60,7%	61,8%	37,3%	29,5%	31,5%	39,3%	38,2%
Campania	46,7%	56,6%	49,7%	60,8%	60,5%	53,3%	43,4%	50,3%	39,2%	39,5%
Puglia	49,7%	54,8%	56,5%	59,9%	60,0%	50,3%	45,2%	43,5%	40,1%	40,0%
Basilicata	59,2%	65,8%	66,1%	66,9%	67,4%	40,8%	34,2%	33,9%	33,1%	32,6%
Calabria	59,4%	62,5%	59,6%	63,1%	63,5%	40,6%	37,5%	40,4%	36,9%	36,5%
Sicilia	49,2%	59,9%	52,7%	59,2%	59,2%	50,8%	40,1%	47,3%	40,8%	40,8%
Sardegna	59,2%	66,5%	66,9%	69,3%	68,5%	40,8%	33,5%	33,1%	30,7%	31,5%
<b>Totale</b>	<b>57,4%</b>	<b>62,4%</b>	<b>60,0%</b>	<b>64,0%</b>	<b>63,5%</b>	<b>42,6%</b>	<b>37,6%</b>	<b>40,0%</b>	<b>36,0%</b>	<b>36,5%</b>
<i>Nord</i>	<i>62,7%</i>	<i>65,1%</i>	<i>64,2%</i>	<i>53,0%</i>	<i>52,7%</i>	<i>37,3%</i>	<i>34,9%</i>	<i>35,8%</i>	<i>35,6%</i>	<i>36,2%</i>
<i>Centro</i>	<i>55,4%</i>	<i>60,8%</i>	<i>57,7%</i>	<i>63,4%</i>	<i>63,1%</i>	<i>44,6%</i>	<i>39,2%</i>	<i>42,3%</i>	<i>33,4%</i>	<i>34,2%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>51,4%</i>	<i>59,5%</i>	<i>55,6%</i>	<i>79,9%</i>	<i>79,4%</i>	<i>48,6%</i>	<i>40,5%</i>	<i>44,4%</i>	<i>38,2%</i>	<i>38,3%</i>

Nota: Dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono accorpati ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Tabella 3.15 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2000; 2011)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Osp ed aliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2011								
Piemonte	34,3%	31,4%	5,5%	8,2%	6,4%	3,2%	11,0%	100,0%
Valle d'Aosta	39,9%	39,5%	5,5%	7,3%	1,7%	0,7%	5,5%	100,0%
Lombardia	28,0%	28,9%	4,9%	7,9%	12,5%	5,8%	12,0%	100,0%
Bolzano	49,0%	28,9%	4,9%	5,0%	2,1%	0,6%	9,6%	100,0%
Trento	36,3%	28,6%	5,1%	6,8%	4,9%	2,4%	15,9%	100,0%
Veneto	30,6%	34,8%	6,0%	7,5%	5,9%	4,0%	11,3%	100,0%
Friuli VG	37,7%	37,7%	5,1%	8,7%	2,5%	2,0%	6,3%	100,0%
Liguria	35,2%	32,4%	5,0%	8,6%	7,5%	1,6%	9,7%	100,0%
Emilia Romagna	35,0%	33,2%	6,0%	7,9%	7,1%	2,2%	8,6%	100,0%
Toscana	36,4%	37,3%	5,8%	7,6%	3,3%	1,9%	7,7%	100,0%
Umbria	37,2%	36,7%	5,6%	8,9%	2,6%	1,0%	7,9%	100,0%
Marche	36,4%	35,3%	6,1%	9,0%	3,9%	1,6%	7,7%	100,0%
Lazio	27,0%	31,6%	5,5%	9,9%	12,5%	4,7%	8,7%	100,0%
Abruzzo	33,0%	33,9%	6,5%	10,7%	5,4%	2,4%	8,1%	100,0%
Molise	31,5%	29,7%	7,7%	8,3%	10,7%	5,4%	6,8%	100,0%
Campania	30,9%	30,4%	6,6%	9,7%	8,4%	7,7%	6,3%	100,0%
Puglia	30,2%	30,3%	7,1%	10,3%	10,2%	3,5%	8,4%	100,0%
Basilicata	37,0%	30,9%	7,8%	9,0%	1,2%	3,6%	10,5%	100,0%
Calabria	37,1%	26,9%	7,3%	10,7%	5,8%	3,9%	8,2%	100,0%
Sicilia	34,0%	25,9%	6,8%	11,1%	8,1%	6,0%	8,2%	100,0%
Sardegna	36,7%	32,6%	6,3%	10,5%	2,9%	3,7%	7,2%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>32,4%</b>	<b>31,5%</b>	<b>5,9%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,0%</b>	<b>4,2%</b>	<b>9,2%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Nord</i>	<i>32,2%</i>	<i>31,7%</i>	<i>5,4%</i>	<i>7,9%</i>	<i>8,3%</i>	<i>3,8%</i>	<i>10,7%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>31,9%</i>	<i>34,2%</i>	<i>5,7%</i>	<i>9,0%</i>	<i>7,8%</i>	<i>3,2%</i>	<i>8,2%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>32,9%</i>	<i>29,4%</i>	<i>6,9%</i>	<i>10,3%</i>	<i>7,6%</i>	<i>5,3%</i>	<i>7,7%</i>	<i>100,0%</i>

Tabella 3.15 (segue)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Osp ed aliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
<b>Anno 2000</b>								
Piemonte	38,5%	26,7%	5,3%	11,5%	8,1%	1,5%	8,3%	100,0%
Valle d'Aosta	45,2%	29,8%	5,8%	9,4%	0,1%	3,5%	6,1%	100,0%
Lombardia	33,2%	26,5%	5,7%	11,6%	16,0%	3,8%	3,3%	100,0%
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
Trento	41,5%	23,7%	5,7%	8,4%	5,9%	1,1%	13,7%	100,0%
Veneto	38,1%	28,6%	6,1%	10,5%	5,7%	2,5%	8,5%	100,0%
Friuli VG	40,7%	25,0%	6,7%	11,0%	6,1%	5,7%	4,9%	100,0%
Liguria	36,6%	23,9%	4,0%	13,0%	12,7%	1,8%	8,1%	100,0%
Emilia Romagna	39,7%	29,1%	5,7%	10,6%	7,2%	1,4%	6,3%	100,0%
Toscana	42,6%	25,9%	6,8%	11,5%	4,9%	1,7%	6,5%	100,0%
Umbria	43,7%	26,7%	5,8%	13,1%	3,1%	1,1%	6,5%	100,0%
Marche	42,8%	26,7%	7,3%	12,3%	4,3%	2,9%	3,8%	100,0%
Lazio	29,7%	15,9%	5,9%	13,6%	25,6%	4,5%	4,8%	100,0%
Abruzzo	37,0%	23,5%	5,5%	13,3%	11,6%	1,4%	7,6%	100,0%
Molise	43,7%	24,7%	4,2%	12,8%	4,9%	2,6%	7,0%	100,0%
Campania	34,3%	15,4%	5,9%	14,9%	13,3%	6,0%	10,3%	100,0%
Puglia	35,4%	21,1%	5,9%	14,5%	13,4%	3,3%	6,5%	100,0%
Basilicata	39,4%	26,8%	7,4%	14,5%	0,9%	3,0%	8,2%	100,0%
Calabria	43,3%	16,3%	9,7%	14,4%	7,6%	3,8%	4,9%	100,0%
Sicilia	38,0%	14,7%	6,9%	16,3%	13,9%	4,7%	5,6%	100,0%
Sardegna	43,3%	23,6%	5,4%	13,0%	5,1%	3,2%	6,4%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>37,1%</b>	<b>22,9%</b>	<b>6,0%</b>	<b>12,7%</b>	<b>11,6%</b>	<b>3,3%</b>	<b>6,4%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Nord</i>	<i>37,1%</i>	<i>27,1%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>10,2%</i>	<i>2,6%</i>	<i>6,2%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>36,5%</i>	<i>21,2%</i>	<i>6,3%</i>	<i>12,8%</i>	<i>14,7%</i>	<i>3,2%</i>	<i>5,3%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>37,5%</i>	<i>18,1%</i>	<i>6,4%</i>	<i>14,8%</i>	<i>11,6%</i>	<i>4,3%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>

Cfr. Nota Tabella 3.14

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è l'ulteriore accentuazione delle differenze regionali, dovuta anche alle diverse politiche di contenimento della spesa. Ad esempio, alcune Regioni hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale, ovvero per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con i margini alla distribuzione previsti dalla normativa. Tra queste, alcune hanno privilegiato la distribuzione diretta (Emilia Romagna, Toscana e Umbria), altre accordi con le farmacie aperte al pubblico per distribuzione in nome e per conto delle aziende sanitarie (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Basilicata) (Jommi *et al.*, 2011). Tali Regioni evidenziano, in genere, un'incidenza della spesa per beni e servizi superiore alla media nazionale, con l'eccezione delle PA di Trento e Bolzano, che presentano valori contenuti sia di spesa farmaceutica territoriale che di spesa per acquisto di beni e servizi.

### 3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01, alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari<sup>42</sup>. Con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi (cfr. *supra* e *infra*).

Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È ovviamente importante usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: come sopra specificato, esiste una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005).

Complessivamente, si evidenzia un minore livello di disavanzo a livello nazionale per l'anno 2011 (1.779 milioni di euro) rispetto al 2010, in cui il disavanzo sanitario nazionale era stato pari a 2.206 milioni di euro (Tabella 3.16). Il miglioramento è valutabile anche in relazione all'incidenza percentuale del disavanzo sanitario rispetto al finanziamento complessivo, pari a circa il 3% negli anni 2008-2009 a fronte di un valore di 1,7% nell'anno 2011. Esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo, che vengono solo in

<sup>42</sup> In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

Tabella 3.16 Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2011)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2001-2011
Piemonte	210	40	100	671	-1	7	-31	-5	-17	-2	-4	969
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	5	-1	122
Lombardia	281	323	-64	-131	14	4	-10	-4	-2	-20	-18	373
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-22	-15	-37	-8	-5	227
Trento	-4	-1	5	9	3	14	8	10	12	12	-3	67
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-75	-68	27	-13	-10	552
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-39	-22	-17	-13	-7	-188
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	144	1.443
Emilia Romagna	16	50	40	380	16	38	-26	-27	-22	-28	-35	403
Toscana	88	44	-20	240	15	121	-42	3	7	17	-13	460
Umbria	7	10	46	52	8	41	-7	-9	-5	-8	-11	124
Marche	125	98	71	163	18	39	-15	-37	-17	3	-2	448
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.025	872	14.241
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	5	-26	1.262
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	39	668
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	479	254	8.759
Puglia	166	4	-109	-42	412	170	313	358	302	323	119	2.017
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	29	36	277
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	68	130	1.475
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	99	4.433
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	153	220	1.929
<b>Totale</b>	<b>4.122</b>	<b>2.891</b>	<b>2.323</b>	<b>5.790</b>	<b>5.735</b>	<b>4.483</b>	<b>3.709</b>	<b>3.658</b>	<b>3.364</b>	<b>2.206</b>	<b>1.779</b>	<b>40.061</b>
<i>Nord</i>	1.232	704	292	1.231	359	63	-40	-8	50	23	61	3.967
<i>Centro</i>	1.207	726	808	2.125	1.779	2.171	1.571	1.623	1.382	1.037	847	15.273
<i>Sud e isole</i>	1.683	1.461	1.224	2.434	3.597	2.250	2.178	2.043	1.932	1.146	872	20.821

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari.

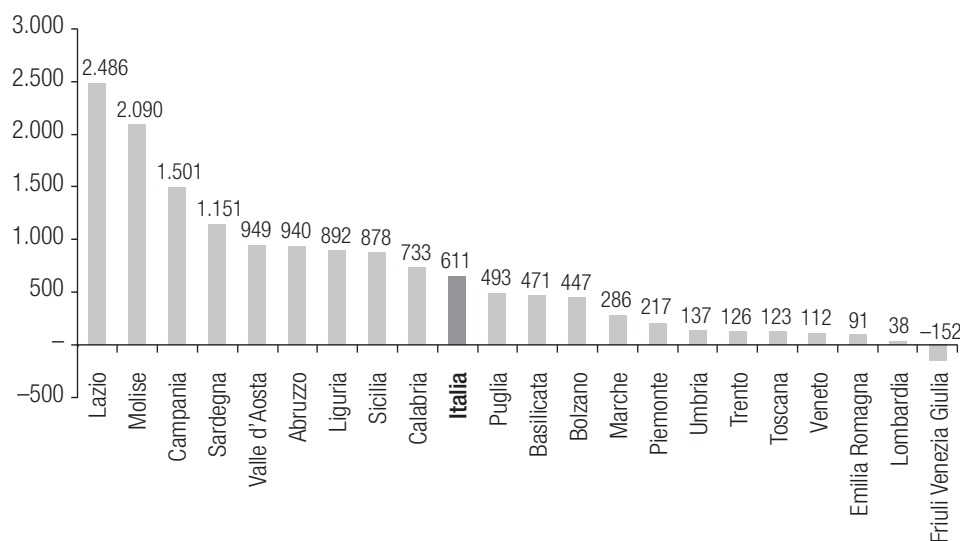
Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)



parte influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 3.16). La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due Regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005, tra il 2006 e il 2010 è oscillato tra il 65 e il 68%, per poi tornare nel 2011 al livello del 2005 (63%). Le due Regioni continuano a generare il 57,4% del disavanzo cumulato 2001-2011. Ed è sempre la Regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2011) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 3.5). Tuttavia è da segnalare come il Lazio, successivamente alla stipula del Piano di Rientro nel 2007, abbia fatto registrare disavanzi sempre minori (ad eccezione della crescita dell'1,8% nel 2008), culmine il 2010 in cui il disavanzo è diminuito del 27% rispetto al 2009; tra il 2010 e il 2011 si continua a registrare una contrazione del 15%. In quest'ultimo anno anche la Campania ha ridotto significativamente il proprio disavanzo, facendo registrare una diminuzione annua del 47%, dopo una flessione del 39% registrata nel 2010.

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal livello centrale fino al 2009 e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano state in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

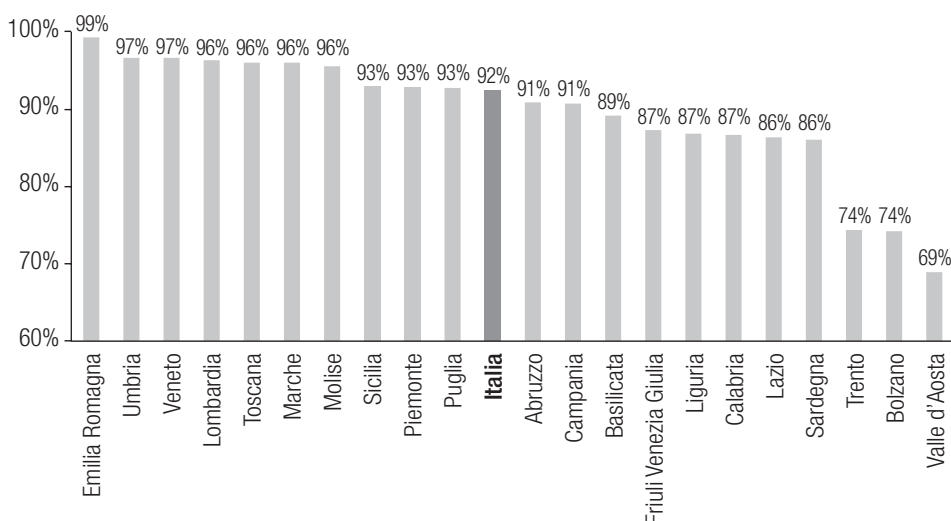
Figura 3.5 **Disavanzo sanitario procapite cumulato: Euro (2001-2011)**



Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) e ISTAT (2012)

Figura 3.6 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità (2011)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferito al 2010.

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Le Regioni che, nel 2011, presentano la migliore situazione di equilibrio economico-finanziario di lungo periodo<sup>43</sup> sono il Friuli-Venezia Giulia (che presenta un avanzo procapite cumulato di 152 euro), la Lombardia (con un disavanzo procapite cumulato pari a 38 euro) e l'Emilia-Romagna (con un disavanzo procapite cumulato di 91 euro) (Figura 3.5).

La Figura 3.6 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Questa misura indica il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. Escludendo le Regioni a Statuto speciale che hanno particolari regole di finanziamento, Lazio, Calabria, Liguria e Basilicata presentano i minori livelli di copertura (inferiori al 90%). In genere, le Regioni con maggiore disavanzo presentano un grado di copertura inferiore. Diversa è la situazione delle Regioni a statuto ordinario in condizioni di avanzo o di equilibrio: per tali Regioni le assegnazioni per i LEA vanno quasi integralmente a coprire la spesa sanitaria corrente. Da segnalare, come parziali eccezioni, la Sicilia e il Molise che, pur generando disavanzi consistenti hanno un grado di co-

<sup>43</sup> Valutato sulla base del disavanzo pro-capite cumulato 2001-2011.

pertura della spesa tramite assegnazioni piuttosto elevato (rispettivamente 93% e 96%). Al contrario, la Basilicata, pur non essendo una Regione con particolari criticità rispetto al disavanzo, copre con le assegnazioni solo il 89% della spesa sanitaria al netto della mobilità. Alla base di tali eccezioni vi è una differente ampiezza dello scostamento tra assegnazioni e ricavi a consuntivo (cfr. *supra*). Infatti, rispetto ai ricavi, le assegnazioni per la Regione Basilicata rappresentano il 91,4%, mentre per la Sicilia le assegnazioni sono state pari al 93% dei ricavi e per il Molise il 99%.

Le leggi finanziarie dal 2005 al 2007, in deroga a quanto stabilito dalla L. 405/2001, hanno previsto ulteriori assegnazioni a copertura dei disavanzi sanitari regionali. Per aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo 3 del Rapporto Oasi 2010 (Armeni, 2010). In particolare:

- La Legge Finanziaria per il 2005 aveva previsto una copertura parziale da parte dello stato centrale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 per complessivi 2 miliardi di Euro, di cui 50 milioni di Euro sono stati assegnati all'Ospedale Bambino Gesù di Roma, 550 milioni sono stati ripartiti a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari e 1,4 miliardi sono stati assegnati alle Regioni.
- La Legge Finanziaria per il 2006, pur prevedendo anch'essa un'assegnazione ulteriore di 2 miliardi di Euro, ha destinato l'intero ammontare alle Regioni.
- La Legge Finanziaria per il 2007 ha previsto per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio di 1 miliardo di euro per il 2007, di 850 milioni di euro per il 2008 e di 700 milioni di euro per il 2009. Inoltre, nella stessa Finanziaria sono stati stanziati 90 milioni per il 2007, 179 milioni per il 2008 e 192 milioni per il 2009. Alle risorse aggiuntive stanziate dalle tre leggi finanziarie, si sono aggiunte quelle della L. 64/2007, che ha previsto, sempre e solo per le Regioni con disavanzi più elevati, ulteriori 3 miliardi per il rientro dei deficit sanitari 2001-2005.
- Per il 2010 e il 2011 non sono state previste misure integrative a parziale copertura dei disavanzi.

Dall'analisi del grado di copertura dei disavanzi pregressi da parte delle ulteriori assegnazioni e del disavanzo residuo cumulato (Tabella 3.17), si nota come il livello complessivo del disavanzo sanitario cumulato a carico delle Regioni sia pari al 76,1%.

Per quelle Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, fanno registrare un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti), le L.311/2004 e 266/2005 (Leggi Finanziarie per il 2005 ed il 2006) hanno istituito una procedura di diffida. La procedura prevede i seguenti passi: (i) il Presidente del Consiglio diffida le Regioni ad adottare delle misure di copertura entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento;

Tabella 3.17 **Disavanzo sanitario cumulato al netto dei provvedimenti di copertura e disavanzo a carico delle Regioni**

Valori assoluti (milioni di Euro)	Disavanzo cumulato 2001-2005	Assegnazioni per copertura disavanzi (LF 2005)	Assegnazioni per copertura disavanzi (LF 2006)		Ulteriori integrazioni per ripiano disavanzi 2001-2005 (L. 64/07)	Disavanzo residuo 2001-2005	Disavanzo 2006	Disavanzo 2007	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzi 2007
			art. 1 c278	art. 1 c279					
Piemonte	1.021	59	—	230	—	732	7	-31	—
Valle d'Aosta	77	—	—	—	—	77	14	14	—
Lombardia	423	117	—	—	—	305	4	-10	—
Bolzano	340	—	—	—	—	340	-25	-22	—
Trento	12	—	—	281	—	-269	14	8	—
Veneto	762	76	—	134	—	552	-71	-75	—
Friuli VG	-72	—	—	—	—	-72	-18	-39	—
Liguria	752	54	—	119	—	579	100	142	50
Emilia R	503	56	—	224	—	223	38	-26	—
Toscana	367	43	—	203	—	121	121	-42	—
Umbria	123	11	—	53	—	59	41	-7	—
Marche	475	21	—	63	—	391	39	-15	—
Lazio	5.678	288	401	148	2.079	2.763	1.971	1.635	378
Abruzzo	772	18	31	33	144	546	140	151	47
Molise	312	5	22	8	202	74	59	67	29
Campania	4.797	338	384	101	363	3.612	761	864	355
Puglia	432	131	—	118	—	183	170	313	—
Basilicata	122	14	—	39	—	69	22	18	—
Calabria	638	83	—	122	—	434	35	170	—
Sicilia	2.335	107	153	75	212	1.787	932	574	141
Sardegna	991	28	9	49	—	905	130	22	—
<b>Totale</b>	<b>20.861</b>	<b>1.450</b>	<b>1.000</b>	<b>2.000</b>	<b>3.000</b>	<b>13.411</b>	<b>4.483</b>	<b>3.709</b>	<b>1.000</b>
<i>Nord</i>	<i>3.818</i>	<i>363</i>	<i>—</i>	<i>988</i>	<i>—</i>	<i>2.467</i>	<i>63</i>	<i>-40</i>	<i>50</i>
<i>Centro</i>	<i>6.643</i>	<i>363</i>	<i>401</i>	<i>467</i>	<i>2.079</i>	<i>3.333</i>	<i>2.171</i>	<i>1.571</i>	<i>378</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>10.399</i>	<i>724</i>	<i>599</i>	<i>545</i>	<i>921</i>	<i>7.610</i>	<i>2.250</i>	<i>2.178</i>	<i>572</i>

Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

(ii) il Presidente della Regione agisce da Commissario *ad acta* se la Regione non interviene entro la fine di maggio; (iii) si procede con l'applicazione automatica delle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene. Questo aveva portato nel maggio 2006 all'individuazione delle sei Regioni (Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio), definite «in affiancamento» e chiamate a sottoscrivere i Piani di Rientro dal disavanzo sanitario (PdR) (cfr. *supra* e *infra*). La Regione Sardegna ha firmato, nell'agosto

Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, clausola di salvaguardia) per disavanzi 2007	Disavanzo 2008	Fondo Transitorio LF 2007 per disavanzi 2008	Minore Irap LF 2007 (art. 1 c.270, clausola di salvaguardia) per disavanzi 2008	Disavanzo 2009	Disavanzo 2010	Disavanzo 2011	Disavanzo residuo 2001-2011 al netto delle assegnazioni della LF 2005, della LF 2006, della LF 2007 e delle ulteriori integrazioni	% disavanzo a carico delle Regioni
–	–5	–	–	–17	–2	–4	680	70,2%
–	13	–	–	1	5	–1	122	100,0%
–	–4	–	–	–2	–20	–18	255	68,5%
–	–15	–	–	–37	–8	–5	227	100,0%
–	10	–	–	12	12	–3	–214	0,0%
–	–68	–	–	27	–13	–10	342	61,9%
–	–22	–	–	–17	–13	–7	–188	0,0%
–	110	43	–	105	90	144	1.176	81,5%
–	–27	–	–	–22	–28	–35	123	30,5%
–	3	–	–	7	17	–13	213	46,4%
–	–9	–	–	–5	–8	–11	60	48,4%
–	–37	–	–	–17	3	–2	364	81,2%
38	1.665	321	76	1.396	1.025	872	10.513	73,8%
6	123	40	13	95	5	–26	929	73,6%
2	70	25	4	64	58	39	371	55,5%
34	815	302	67	789	479	254	6.816	77,8%
–	358	–	–	302	323	119	1.768	87,7%
–	29	–	–	21	29	36	224	80,8%
–	202	–	–	232	68	130	1.271	86,1%
10	262	120	19	200	31	99	3.596	81,1%
–	183	–	–	230	153	220	1.844	95,6%
<b>90</b>	<b>3.658</b>	<b>850</b>	<b>179</b>	<b>3.364</b>	<b>2.206</b>	<b>1.779</b>	<b>30.493</b>	<b>76,1%</b>
–	–8	43	–	50	23	61	2.523	63,6%
38	1.623	321	76	1.382	1.037	847	11.150	73,0%
51	2.043	487	103	1.932	1.146	872	16.819	80,8%

2007, un accordo con il Governo per la definizione della situazione debitoria relativa all'anno 2001, al fine di consentire alla Regione il recupero dell'assegnazione di circa 72 milioni di euro a valere sul finanziamento del 2001, mai erogati per inadempienze legate alla tardiva copertura del disavanzo sanitario dell'esercizio 2001.

I PdR di queste Regioni erano articolati, inizialmente, sul triennio 2007-2009 ed erano finalizzati a coprire il disavanzo pregresso e ad individuare e definire le

misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, sono intervenute a determinare, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario. Imporre interventi strutturali avrebbe dovuto consentire non solo il recupero del disavanzo cumulato, ma soprattutto il cambiamento verso la gestione sostenibile del sistema sanitario, ponendo le condizioni per operare in equilibrio di bilancio a partire dal 2010. Come anticipato in precedenza, la Calabria ha sottoscritto il Piano di Rientro a dicembre 2009 e, nella seconda metà del 2010, anche Piemonte e Puglia hanno siglato Piani di Rientro di minor complessità per il triennio 2010-12.

Nel corso del 2010 si sono conclusi, con esiti diversi, i percorsi previsti per il riequilibrio della Regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto da parte della Regione Sardegna degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi. Tutte le altre regioni hanno scelto di proseguire nella gestione dei Piani di Rientro, predisponendo dei Programmi operativi<sup>44</sup>. La Regione Liguria è l'unica, quindi, tra le Regioni che hanno sottoscritto i PdR, ad aver raggiunto gli obiettivi, sia sotto il profilo dell'equilibrio economico e finanziario, sia in riferimento all'adeguamento del SSR al quadro normativo nazionale ed al Patto per la salute. Per la Sardegna, la verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo. Tale valutazione circa l'attuazione del Piano ha indotto i Tavoli di monitoraggio nel febbraio 2011 a considerare definitivamente non assegnabili alla Regione le risorse residue, pari a circa 14,8 milioni di euro. Nel 2011, le azioni intraprese dalla Regione siciliana per l'esecuzione del Programma Operativo sono state valutate positivamente dal Tavolo di monitoraggio ministeriale sebbene, nell'area dell'assistenza territoriale, si registri ancora un grave ritardo nell'attuazione dell'attività strategica di collegamento in rete dei medici. Pur rimanendo ancora forte la perdita di esercizio, anche la Regione Lazio ha avviato in modo positivo la fase post – Piano di rientro. È atteso dal Ministero il nuovo Programma Operativo per l'anno 2012 in cui si chiede che: (i) venga monitorato lo stato di riconversione della rete ospedaliera e territoriale; (ii) sia ridefinito il processo di accreditamento istituzionale per gli erogatori privati; (iii) siano risolte le criticità nella gestione del personale alla luce delle deroghe nel blocco del *turn-over*. In miglioramento, nel 2011, anche le condizioni economiche del sistema sanitario abruzzese. Ciò nonostante in ordine al Programma Operativo 2011-2012 e alla sua attuazione, con riferimento alla verifica annuale 2011, il Tavolo tecnico abbia registrato il persistere di specifiche criticità riguardo alla rete laboratoristica pubblica, alla rete di emergenza-urgenza e all'assistenza territoriale, in particolare nelle cure ai malati terminali (*hospice*). Per il Molise, invece, in ordine alla verifica an-

<sup>44</sup> Ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 191/2009 per le Regioni commissariate (Lazio, Molise, Campania e Abruzzo) e ai sensi dell'art. 11, comma 1, del DL 78/2010, per le Regioni non commissariate (Sicilia).

nuale sull'attuazione del Piano di Rientro, la Regione risulta inadempiente per gli anni 2007 e 2008 e la documentazione trasmessa per la valutazione 2009 e 2010 risulta non sufficiente. Questo preclude l'erogazione alla Regione delle spettanze residue per la copertura del disavanzo a tutto il 2009. In ultimo, la direzione aziendale dell'ASREM ha assunto comportamenti non funzionali all'esecuzione del Programma Operativo, violando il principio del blocco del *turn-over* per il 2011. Anche con riferimento alla Calabria, infine, hanno continuato a persistere nel 2011 i ritardi nell'attuazione del piano, specificamente nella definizione delle reti assistenziali, cui si accompagnano incertezze nella gestione del personale nel rispetto del blocco del *turn-over*.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'Accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali, ed in particolare dalle addizionali IRPEF, IRAP e sul bollo auto. Per quanto concerne l'addizionale regionale all'IRPEF l'aliquota base era pari allo 0,9% ed è stata aumentata nel 2012<sup>45</sup> di 0,33 punti percentuali, portandola al 1,23%. Le regioni hanno facoltà di aumentare tale aliquota fino ad un massimo di un ulteriore 0,5%.

Le regioni che hanno deliberato una maggiorazione delle addizionali regionali IRPEF sono attualmente 13<sup>46</sup> (14 nel 2009; nel 2010, Puglia e Veneto hanno deciso di eliminare l'addizionale IRPEF; la Puglia, nonostante l'entrata nel Piano di Rientro nel corso del 2010 e 2011, non ha provveduto all'innalzamento dell'aliquota, ma ha atteso fino al 2012) (Tabella 3.18). A questo è necessario aggiungere che, a partire dal 2010, le Regioni che hanno generato rilevanti disavanzi sono soggette ad un ulteriore incremento dell'addizionale nella misura dello 0,30% (Calabria e Molise).

Le Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche) insieme alla Puglia hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) insieme al Lazio per un'aliquota proporzionale. Rispetto all'entità delle addizionali, le Marche sono la Regione dove le stesse hanno toccato la punta più elevata (il 4% per i redditi superiori a 69.721,68 euro fino al 2004), registrando un valore più che doppio rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre Regioni (1,7%).

Per quanto riguarda l'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota del 3,9%<sup>47</sup>, ma viene conferita in capo alle Regio-

<sup>45</sup> Ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del D.L. 201/2011 convertito nella L. 214/2011, a decorrere dall'anno di imposta 2011, l'aliquota base è aumentata di 0,33 punti percentuali, passando da 0,9% a 1,23%. Tale aliquota (1,23%) può essere innalzata dalle Regioni fino ad un massimo dello 1,73%.

<sup>46</sup> Informazione aggiornata al 20 luglio 2012.

<sup>47</sup> Come previsto dall'art. 1, comma 50, lett. h della L.244/2007 (esclusi i casi previsti dal comma 2 dell' art.16 e dai commi 1 e 2 dell'art. 45 D.lgs. n. 446/1997), che ha modificato la precedente aliquo-

Tabella 3.18 **Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni (2002-2012)**

ANNI 2002-2005								
	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.329,14	0,90	fino a 10.329,14	0,90	fino a 10.504,74	0,90	fino a 10.672,82	0,90
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Lombardia	fino a 15.493,71	1,20	fino a 15.493,71	1,20	fino a 15.493,71	1,20	fino a 15.493,71	1,20
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40
Bolzano	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Trento	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Veneto	fino a 10.329,14	1,20	fino a 10.400,00	0,90	fino a 10.400,00	0,90	fino a 29.000,00	0,90
	da 10.329,15 a 15.493,71	1,30	da 10.400,01 a 15.000,00	1,20	da 10.400,01 a 15.000,00	1,20		
	da 15.493,72 a 69.721,68	1,40	da 15.000,01 a 29.000,00	1,30	da 15.000,01 a 29.000,00	1,30		
	oltre	1,90	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40
Friuli VG	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Liguria	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Emilia Romagna	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Toscana	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Umbria	fino a 10.329,14	0,90	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90
	oltre	1,10	oltre	1,10	oltre	1,10	oltre	1,10
Marche	fino a 15.493,71	0,90	fino a 15.493,71	0,90	fino a 15.493,71	0,90	fino a 15.500,00	0,90
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91	da 15.493,72 a 30.987,41	1,40	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20
	da 30.987,42 a 69.721,68	3,60	da 30.987,42 a 69.721,68	3,60	30.987,42 a 69.721,68	3,60	oltre 31.000,01	1,40
	oltre	4,00	oltre	4,00	oltre	4,00		
Lazio	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Abruzzo	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Molise	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,20
Campania	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Puglia	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,20	per tutti i redditi	1,10	per tutti i redditi	1,10
Basilicata	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Calabria	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
Sicilia	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Sardegna	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90



Tabella 3.18 (segue)

ANNI 2006-2009								
Anno 2006			Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.854,26	0,90	fino a 11.071,35	0,90	fino a 15.000 ,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40	da 15.000,00 a 22.000,00	1,20
							oltre	1,40
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Lombardia	fino a 15.493,71	1,20	fino a 15.493,71	1,20	fino a 15.493,71	1,20	fino a 10.329,14	0,90
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30	da 15.493,72 a 30.987,41	1,30
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,40
Bolzano	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Trento	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Veneto	fino a 29.000, 00 (e nelle situazioni previste dalla LR 19/2005)	0,90	fino a 28.000, 00 (e nelle situazioni previste dalla LR 27/2006)	0,90	fino a 29.500, 00	0,90	fino a 29.500, 00	0,90
							da 29.501,00 a 29.650,00	1– (29.235- imponib.)
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre 29.500, 00	1,40	oltre 29.500, 00	1,40
Friuli VG	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Liguria	fino a 13.000,00	0,90	fino a 13.000,00	0,90	fino a 25.000,00	0,90	fino a 20.000,00	0,90
	oltre 13.000,00 e fino a 20.000,00	1,25	oltre 13.000,00 e fino a 20.000,00	1,25				
	oltre 20.000,00	1,40	oltre 20.000,00	1,40	oltre 25.000,00	1,40	oltre 20.000,00	1,40
Emilia Romagna			fino a 15.000,00	1,10	fino a 15.000,00	1,10	fino a 15.000,00	1,10
			tra 15.001,00 e 20.000,00	1,20	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,20	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,20
	per tutti i redditi	0,90	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,30	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,30	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,30
			superiori a 25.000,00	1,40	superiori a 25.000,00	1,40	superiori a 25.000,00	1,40
Toscana	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Umbria	fino a 26.000,00	0,90	fino a 26.000,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90
	oltre 26.000,00	1,10	oltre 26.000,00	1,10	oltre 15.000,00	1,10	oltre 15.000,00	1,10
Marche	fino a 15.500,00	0,90	fino a 15.500,00	0,90	fino a 15.500,00	0,90	fino a 15.500,00	0,90
	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20
	oltre 31.000,01	1,40	oltre 31.000,01	1,40	oltre 31.000,01	1,40	oltre 31.000,01	1,40
Lazio	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
Abruzzo	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
Molise	per tutti i redditi	1,20	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
Campania	fino ad 12.500,00 (eccetto esenzioni di legge a cui si applica l'aliquota dello 0,9)	1,10	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
	da 12.501,00 ad 15.000,00	1,20						
	oltre 15.000,00	1,40						
Puglia	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	fino a 28.000,00	0,90	fino a 28.000,00	0,90
					oltre 28.000,00	1,40	oltre 28.000,00	1,40
Basilicata	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90
Calabria	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
Sicilia	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40
Sardegna	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90

Tabella 3.18 (segue)

ANNI 2010-2012						
	Anno 2010		Anno 2011		Anno 2012	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	1,23
	da 15.000,00 a 22.000,00	1,20	da 15.000,00 a 22.000,00	1,20	da 15.000,00 a 22.000,00	1,53
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,73
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23
Lombardia	fino a 15.493,71	0,90	fino a 15.493,71	0,90	fino a 15.493,71	1,23
	da 15.493,71 a 30.987,41	1,30	da 15.493,71 a 30.987,41	1,30	da 15.493,71 a 30.987,41	1,63
	oltre	1,40	oltre	1,40	oltre	1,73
Bolzano	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	oltre 15.000,00	1,23
Trento	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23
Veneto	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23
Friuli VG	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23
Liguria	fino a 20.000,00	0,90	fino a 20.000,00	0,90	fino a 20.000,00	1,23
	oltre 20.000,00	1,40	oltre 20.000,00	1,40	oltre 20.000,00	1,73
Emilia Romagna	fino a 15.000,00	1,10	fino a 15.000,00	1,10	fino a 15.000,00	1,43
	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,20	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,20	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,53
	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,30	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,30	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,63
	superiori a 25.000,00	1,40	superiori a 25.000,00	1,40	superiori a 25.000,00	1,73
Toscana	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23
Umbria	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	0,90	fino a 15.000,00	1,23
	oltre 15.000,00	1,10	oltre 15.000,00	1,10	oltre 15.000,00	1,43
Marche	fino a 15.500,00	0,90	fino a 15.500,00	0,90	fino a 15.500,00	1,23
	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20	da 15.500,01 a 31.000,00	1,20	da 15.500,01 a 31.000,00	1,53
	oltre 31.000,01	1,40	oltre 31.000,01	1,40	oltre 31.000,01	1,73
Lazio	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	1,73
Abruzzo	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,73
Molise	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	2,03
Campania	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	2,03
Puglia	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	fino a 28.000,00	1,53
					oltre 28.000,00	1,73
Basilicata	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23
Calabria	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,70	per tutti i redditi	2,03
Sicilia	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,40	per tutti i redditi	1,73
Sardegna	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	0,90	per tutti i redditi	1,23

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2012)

ni la facoltà di variare l'aliquota sino ad un massimo di 0,92 punti percentuali<sup>48</sup>, anche differenziandola per settori di attività o categorie di contribuenti. Similmente all'IRPEF anche l'addizionale IRAP è incrementabile di 0,15 punti percentuali oltre il limite massimo in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro<sup>49</sup>. Nell'ambito di quest'autonomia (Tabella 3.19), tutte le Regioni hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se contemporaneamente sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti. Nel 2012, tutte le Regioni del Sud, esclusa la Basilicata e la Sardegna, insieme al Lazio, registrano un'aliquota base del 4,82% (3,90% + 0,92%) o, come nel caso di Molise, Campania e Calabria del 4,97% (pari a 4,82% + 0,15%) per effetto dei deficit fatti registrare nel 2011. Le Marche continuano ad applicare un'aliquota ordinaria pari a 4,73% (3,90% + 0,83%) come previsto già dal 2008.

Rispetto agli anni precedenti, si registra un maggior grado di diversificazione tra i soggetti contribuenti nell'applicazione dell'IRAP e l'allargamento dell'imposizione aggiuntiva anche a imprese dedite all'attività di estrazione, raffinazione petrolio greggio, produzione e distribuzione energia elettrica e gas, imprese di comunicazione, imprese concessionarie, oltre a banche, enti e società finanziarie e imprese assicurative già soggette ad aliquote specifiche negli anni precedenti.

Infine, le Regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto. La legge Finanziaria 2007 (L. 296/2006) ha stabilito che gli aumenti regionali intervenuti nel corso degli anni precedenti, rispetto alla tariffa base per autovetture, a suo tempo varata con il decreto interministeriale del 27 dicembre 1997, erano da ricalcolare nuovamente – con effetto dal 2007 ed entro il limite del 10% – prendendo a base, per conteggiare la maggiorazione, i nuovi importi approvati con la Finanziaria 2007. Analoga previsione è stata stabilita, successivamente, per la tariffa relativa ai motocicli, approvata con la L. 286/2006. Per il 2012 sono confermati,

ta base pari a 4,25%, portandola al 3,90%.

<sup>48</sup> Il comma 226 dell'art. 1 della L. 244/2007 ha altresì disposto che le aliquote IRAP vigenti alla data del 1° gennaio 2008, nel caso in cui abbiano subito variazioni in base al comma 3 dell'art. 16 del D.lgs. n. 446/1997, debbano essere riparametrate in funzione di un coefficiente pari a 0,9176 (derivante dal rapporto tra 3,9 – nuova aliquota – e 4,25 – vecchia aliquota –). L'intervallo di aliquota che potrà sussistere sarà quindi pari a  $3,90 \pm 0,92\%$ , ossia a  $2,98\% - 4,82\%$ .

<sup>49</sup> Art. 2 commi 66-98 della legge Finanziaria 2010, che recepisce a livello normativo il contenuto del nuovo «Patto per la salute» per gli anni 2010-2012, approvato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Mediante le suddette disposizioni è stata integrata la disciplina relativa all'aumento automatico dell'IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF nelle Regioni che presentino disavanzi di gestione del Servizio sanitario, già prevista dall'art. 1 commi 174 e 175 della L. 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) e successive modifiche ed integrazioni.

Tabella 3.19 Le addizionali IRAP nelle diverse Regioni (2012)

Settore	Descrizione	Valle d'Aosta	Piemonte	Lombardia	PA	Bolzano	PA Trento	Veneto	Friuli VG	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
	Aliquota ordinaria	3,90	3,90	3,90	2,98	2,98	2,98	3,90	3,90	3,90	3,90	3,90	3,90	4,73	4,82	4,82	4,97	4,97	4,82	3,90	4,97	4,82	3,90
11	Estrazione di petrolio greggio e di gas naturale e attività connesse								4,82	3,90													
23	Fabbricazione di coke, raffinerie di petrolio, trattamento dei combustibili nucleari							4,82	4,82	4,82													
40	Produzione e distribuzione di energia elettrica, gas							4,82	4,82	4,82			4,82										
Ateco 2002 (63.21.2)	Gestione di strade, ponti e gallerie									4,82													
64	Comunicazioni							4,82	4,82	4,82	4,82												
Ateco 2007 (68. 41, 42)	Compravendita di beni immobili effettuata su beni propri; Locazione immobiliare di beni propri o in leasing (affitto), affitto di aziende, attività di mediazione immobiliare; Sviluppo di progetti immobiliari senza costruzione, lottizzazione dei terreni, altre attività di costruzione di altre opere di ingegneria civile							4,82															
65	Banche e società finanziarie	4,65	5,57	5,57	4,65	4,65	5,57	4,65	5,57	5,57	5,57	5,57	4,65	5,48		5,57	5,72	5,72	5,57	4,65	5,72	5,57	4,65
	altre									4,82			5,57										
66	Imprese di assicurazione	5,90	6,82	6,82	5,90	5,90	6,82	5,90	6,82	6,82	6,82	6,82	6,82	6,73	6,82	6,82	6,97	6,97	6,82	5,90	6,97	6,82	5,90
	altre									4,82			5,57										
67	Banca centrale, autorità di vigilanza sulle assicurazioni e altre attività ausiliarie all'attività finalizzata, diverse da banche e società assicuratriche									4,82	4,82				5,57								
	Imprese concessionarie diverse da quelle di costruzioni e gestione autostrade e trafori, non rientranti nei codici in tabella Ateco	4,20	4,20	4,20	4,20	4,20	3,74	4,20	4,20	4,20	4,20	4,20	5,12	5,03	5,12	5,12	5,27	5,27	5,12	4,20	5,27	5,12	
	Imprese concessionarie diverse da quelle di costruzioni e gestione autostrade e trafori, rientranti nei codici in tabella Ateco	4,20	4,20	4,20	4,20	4,20	3,74	5,12	4,20		5,12	4,20	4,20			5,12	5,27			4,20	5,27	5,12	

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze, fiscalità locale (2012)

su tutto il territorio nazionale, gli importi di tariffa in vigore per l'anno precedente. Con riguardo sia alle vetture sia ai motocicli (oltre che per il rimanente parco veicoli) vi sono marcate differenze tariffarie da Regione a Regione. A decorrere dal 2009 le fattispecie di appartenenza sono divenute sei (in precedenza quattro):

- la prima, costituita dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007: Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, PA Trento, Umbria;
- la seconda, composta dalle Regioni in cui si applica la maggiorazione del 10%: Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria e Veneto;
- la terza comprende la sola Regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98%;
- la quarta riguarda il Molise, che applica un incremento pari al 7%;
- la quinta riguarda la PA di Bolzano che dal 2009 applica su tutti i veicoli una riduzione del 10% sulla tariffa base, come previsto dalla Finanziaria 2007;
- la sesta riguarda la Toscana, che dal 2009 applica nuove esenzioni pluriennali per taluni veicoli a doppia alimentazione, nonché riduzioni tariffarie per veicoli appartenenti alla classe ambientale Euro 4 o Euro 5.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso e compartecipazioni alla spesa farmaceutica<sup>50</sup>.

Rispetto al ticket sul pronto soccorso, non si registrano variazioni rispetto a quanto riportato nel precedente Rapporto, al quale, pertanto, si rinvia. Per quanto concerne la spesa farmaceutica, nel 2011 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 13,3% e al 2,4% delle assegnazioni regionali. Il tetto della spesa territoriale è stato sfondato dopo diversi anni, e la

<sup>50</sup> È da sottolineare come il DL 98/2011 ha reintrodotto in tutte le Regioni, come misura generale di contenimento della spesa sanitaria, il «superticket» sulla specialistica, una quota fissa di 10 euro per ricetta a carico dei soggetti non esenti sull'assistenza specialistica, in aggiunta al ticket già in vigore (pari alla tariffa delle singole prestazioni, fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta). Rispetto a questo disposto normativo le Regioni hanno fatto scelte differenziate nell'applicazione della compartecipazione (Cantù e Ferrè, 2012). Si è assistito a Regioni in cui il ticket è stato applicato subito senza modifiche (Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise); Regioni che hanno scelto di non applicare il nuovo ticket (Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano) o, di applicarlo in modo simbolico (Sardegna); Regioni che hanno modulato i ticket per le prestazioni di specialistica in base al reddito familiare (Veneto, Abruzzo, Emilia Romagna, Toscana e Umbria); Regioni che hanno scelto di proporzionare il ticket in base al valore delle prestazioni (Lombardia, Piemonte e Basilicata).

spesa farmaceutica territoriale<sup>51</sup> si attesta al 13,5% del fondo. Parallelamente, si rileva un aumento della quota di compartecipazione (ticket) del 40,5% su base annua, con un livello medio di incidenza del 10,7% sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda<sup>52</sup> (Tabella 3.20). Anche l'adozione di forme alternative di distribuzione hanno aumentato nell'ultimo anno la loro incidenza (21,1%, ossia +55% rispetto al 13,7% di incidenza del 2010). Sia le compartecipazioni che le forme alternative di distribuzione dei farmaci sono adottate da molte Regioni in quanto misure esplicitamente previste dalla L. 405/01 (compartecipazioni alla spesa ed interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci). La spesa ospedaliera assorbe il 3,7% delle assegnazioni per il 2011 ed è superiore rispetto al tetto assegnato (2,4%).

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi:

- le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità: con queste operazioni le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici<sup>53</sup>, ad esempio la Regione, con lo scopo non di ridurre il disavanzo, ma di generare uno *stock* di liquidità in grado di allentare le tensioni di cassa. Un'esperienza di questo tipo è stata avviata in Regione Lazio, dove nel 2003 sono stati cartolarizzati i crediti vantati da SAN.IM (delegata dalle ASL a pagare i canoni di leasing) nei confronti della Regione;
- le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori. Esperienze di questo tipo sono state condotte dalla Regione Campania, che nel 2004 ha avviato la cessione dei crediti (fino a 430 milioni di euro) vantati dagli associati AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nei confronti delle ASL, accumulati nel corso del 2004 e dalla Regione Abruzzo, dove è stata portata a termine una complessa manovra di finanza strutturata a doppio veicolo per 337 milioni di euro, che ha avuto come protagonisti le ASL, Dexia Crediop e Merrill Lynch, un pool di banche e F.I.R.A., la finanziaria regionale. Anche la Regio-

<sup>51</sup> Il tetto di spesa del 13,3% è riferito alla spesa farmaceutica territoriale, che è pari alla somma della spesa convenzionata netta, delle compartecipazioni e della distribuzione diretta di farmaci in classe A, inclusa la distribuzione in nome e per conto e in sede di dimissione ospedaliera, al netto degli sconti a carico degli attori della filiera diversi dalle imprese produttrici. Rientra, quindi, nel budget per la spesa territoriale anche una parte di spesa non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta).

<sup>52</sup> Al netto degli sconti a carico della filiera.

<sup>53</sup> La differenza con le operazioni di *factoring* risiede nel fatto che in quest'ultimo caso vengono ceduti crediti commerciali, quindi di solvibilità meno certa rispetto ai crediti vantati nei confronti di enti pubblici.

Tabella 3.20 **La spesa farmaceutica pubblica: rispetto dei tetti di spesa, misure di compartecipazione e incidenza delle modalità alternative di distribuzione dei farmaci (2011)**

Regione	Territoriale*	Convenzionata netta	Compartecipazioni	SSN Lorda**	Distribuzione diretta***	Ospedaliere*	Compartecipazioni / SSN lorda	Incidenza della spesa territoriale su Finanziamento	Incidenza della spesa ospedaliere su Finanziamento	Distribuzione diretta/ Territoriale
Piemonte	1.036,2	731,0	74,2	856,6	243,9	312,0	8,7%	12,9%	3,9%	23,5%
Valle d'Aosta	25,8	20,2	1,4	23,0	4,6	5,8	5,9%	11,6%	2,6%	17,7%
Lombardia	2.275,8	1.519,2	236,8	1.896,2	545,8	698,2	12,5%	13,2%	4,0%	24,0%
Bolzano	88,8	58,1	8,6	71,2	23,1	29,5	12,0%	10,5%	3,5%	26,0%
Trento	96,2	75,3	3,9	84,4	18,4	23,5	4,7%	10,7%	2,6%	19,1%
Veneto	1.098,6	698,0	118,4	873,7	294,0	376,0	13,6%	12,8%	4,4%	26,8%
Friuli VG	297,6	215,9	14,8	247,5	70,9	90,7	6,0%	13,5%	4,1%	23,8%
Liguria	397,5	290,7	32,4	345,2	79,5	101,7	9,4%	12,7%	3,3%	20,0%
Emilia Romagna	929,4	678,2	58,7	784,8	204,6	261,8	7,5%	11,8%	3,3%	22,0%
Toscana	800,4	570,6	42,8	668,5	197,3	252,4	6,4%	11,8%	3,7%	24,6%
Umbria	210,7	149,3	13,3	172,7	50,8	65,0	7,7%	12,9%	4,0%	24,1%
Marche	378,4	267,9	21,9	309,5	93,4	119,4	7,1%	13,3%	4,2%	24,7%
Lazio	1.481,0	1.109,3	132,5	1.333,3	258,7	330,9	9,9%	14,9%	3,3%	17,5%
Abruzzo	329,0	250,6	29,5	299,3	53,3	68,2	9,9%	13,8%	2,9%	16,2%
Molise	77,5	56,5	7,6	67,6	14,4	18,5	11,2%	13,4%	3,2%	18,6%
Campania	1.381,3	973,3	171,8	1.230,2	252,5	323,0	14,0%	13,9%	3,3%	18,3%
Puglia	1.065,7	750,5	112,8	921,6	215,3	275,4	12,2%	15,1%	3,9%	20,2%
Basilicata	132,9	99,7	8,8	115,4	26,2	33,6	7,6%	12,6%	3,2%	19,7%
Calabria	536,5	374,2	46,4	448,9	122,4	156,5	10,3%	15,2%	4,4%	22,8%
Sicilia	1.316,6	994,5	161,2	1.233,1	177,8	227,4	13,1%	15,2%	2,6%	13,5%
Sardegna	438,4	334,3	22,4	381,5	87,8	112,3	5,9%	15,2%	3,9%	20,0%
<b>Italia</b>	<b>14.394,2</b>	<b>10.217,2</b>	<b>1.320,2</b>	<b>12.364,1</b>	<b>3.034,4</b>	<b>3.881,9</b>	<b>10,7%</b>	<b>13,5%</b>	<b>3,7%</b>	<b>21,1%</b>

\* Il dato nazionale è desunto dai dati di consuntivo AIFA pubblicati con la comunicazione n. 245 del 1 giugno 2012. I dati regionali sono una stima OSFAR. Il dato di spesa territoriale si intende al lordo del payback e dello sconto del 1,83% a carico delle imprese.

\*\* Al lordo delle compartecipazioni e dello sconto a carico della filiera

\*\*\* Distribuzione diretta (inclusa la distribuzione in DPC dei farmaci in classe A, inclusa la riclassificazione dei farmaci ex OSP 2 riclassificati in A-PHT)

Nota: L'entità dei ticket sui farmaci è calcolata come incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda, che è pari al valore dei farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate in prezzi al pubblico. I ticket sono rappresentati da quote fisse per ricetta o confezione dispensata a carico del SSN, dall'eventuale differenza tra prezzo della prescrizione e prezzo di riferimento applicato ai principi attivi per i quali sia disponibile almeno un generico nel normale ciclo distributivo regionale, prezzo di riferimento applicato in tutte le Regioni, oltre che alla eventuale applicazione di prezzi di riferimento per le categorie terapeutiche omogenee.

Fonte: Elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2011)

ne Molise nel 2006 (DGR 361/2006) ha deciso di affidare a Barclays Capital l'operazione di cessione *pro soluto* di crediti derivanti dalla spesa sanitaria, per un ammontare pari a 320 milioni di euro.

La Tabella 3.21 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni<sup>54</sup>.

Tabella 3.21 **Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate (2012)**

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	IRAP aliquota ordinaria >3,9%	Maggiorazione bollo auto	Cartolarizzazione
Piemonte	X			
Valle d'Aosta				
Lombardia	X			
Bolzano				
Trento				
Veneto			X	
Friuli VG				
Liguria	X		X	
Emilia Romagna	X			
Toscana			X	
Umbria	X			
Marche	X	X	X	
Lazio	X	X		Immobiliare*
Abruzzo	X	X	X	X
Molise	X	X	X	X
Campania	X	X	X	X
Puglia	X	X		
Basilicata				
Calabria	X	X	X	
Sicilia	X	X		X
Sardegna				

\*Si segnala che la Regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti sanitari secondo i criteri Eurostat.

<sup>54</sup> Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le Regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle Regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).



## Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Anessi Pessina E. e Sicilia M. (2010), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende nel 2008», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2011), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Cantù E. e Ferrè F. (2012), «Specialistica e farmaceutica: puzzle di scelte nel territorio», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 17-23 aprile 2012.
- ISTAT (2012), *Statistiche demografiche*, <http://demo.ISTAT.it/pop2011/index.html> (ultimo accesso, 20 Luglio 2012).
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Jommi C., Armeni P., De Luca C., Otto M. e Vella V. (2011), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica e il suo impatto sulla spesa», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012*, OECD, versione on-line.
- Osservatorio Farmaci – CER GAS Bocconi (2012), *Report 29, annuale per il 2011*.